FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1880 — N° 311

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 juillet 1880, à 1 heure

PAR FRANÇOIS-LÉON DEMAY

Né à Paris, le 25 mars 1854

ÉTUDE

CLINIQUE ET HISTOLOGIQUE

DE

CERTAINES TUMEURS DE LA MAIN

Président : M. LABOULBENE, *professeur*,

: MM. GOSSLIN, *professeur*, LEGROUX, RIGAL, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

1880

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.................. M. VULPIAN.
Professeurs.......... MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	TRELAT. GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.
Professeurs honoraires :
MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
B. ANGER.	DELENS.	HENNINGER.	POZZI.
BERGER.	DIEULAFOY.	HUMBERT.	RENDU.
BERGERON.	DUGUET.	DE LANESSAN.	RICHET.
BOUCHARDAT.	DUVAL.	LANCEREAUX.	RICHELOT.
BOURGOIN.	FARABEUF.	LEGROUX	RIGAL.
CADIAT.	FERNET.	MARCHAND.	STRAUS.
CHANTREUIL.	GAY.	MONOD.	TERRIER.
CHARPENTIER.	GRANCHER.	OLLIVIER.	TERRILLON.
DEBOVE.	HALLOPEAU	PINARD.	

Agrégés libres chargés des cours complémentaires.

Cours cliniques	des maladies de la peau	MM. N.
—	des maladies des enfants	N.
—	d'ophthalmologie	N.
—	des maladies des voies urinaires	N.
Chef des travaux anatomiques		FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR PAUL BROCA

A MA MÈRE, A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

M. LE DOCTEUR LATTEUX

Chef du Laboratoire d'histologie de la Faculté à l'hôpital Necker,
Médecin de la Banque de France,
Membre des Sociétés d'Anthropologie et de Médecine pratique.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LABOULBENE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. ROY

Sous-directeur des Colonies au Ministère de la Marine,
Officier de la Légion d'honneur.

Hommage de vive et respectueuse gratitude pour sa constante bienveillance à mon égard.

A MES AMIS

ETUDE
CLINIQUE ET HISTOLOGIQUE
DE
CERTAINES TUMEURS DE LA MAIN

AVANT-PROPOS

Dans le courant de l'année 1876 nous avons eu occasion d'observer à l'hôpital des Cliniques un malade qui avait été adressé à M. le professeur Broca par M. le Dr de Ranse.

Ce malade avait présenté, à la suite d'un traumatisme, une petite tumeur siégeant à la face palmaire de l'index de la main droite, un peu au-dessus de l'articulation des deuxième et troisième phalanges.

Cette tumeur fut enlevée par M. le Dr de Ranse en avril 1876; mais la récidive ne tarda pas à se produire, et, sur le conseil de M. de Ranse, le malade se présentait à l'hôpital des Cliniques en Octobre de la même année.

Sans entrer ici dans le détail d'une observation que l'on trouvera reproduite in extenso dans le cours de ce travail, disons de suite que la seconde tumeur fut large-

ment enlevée par M. le professeur Broca et que l'examen histologique auquel on se livra permit de constater que l'on avait affaire à une altération épithéliale des glandes sudoripares.

Les néoplasmes de cette nature sont rares.

L'intérêt que présentait ce cas se trouva encore accru, grâce à la bienveillance de M. le Dr de Ranse, qui voulut bien nous communiquer l'observation de la première tumeur et la pièce elle-même, dont on trouvera plus loin l'analyse histologique.

Nous avions donc là tous les éléments d'un travail intéressant, lorsqu'en 1877 nous apprîmes que le malade avait présenté une seconde récidive traitée cette fois par M. le Dr Gillet de Grandmont.

Nous nous adressâmes à cet éminent praticien qui, avec sa bonne grâce accoutumée, s'empressa de nous communiquer l'histoire de cette seconde récidive. Malheureusement pour nous, il était impossible de compléter l'observation par l'examen histologique, le malade ayant été, cette fois, traité par les caustiques.

Quoi qu'il en soit, grâce à MM. les Drs de Ranse et Gillet de Grandmont, auxquels nous sommes heureux d'adresser ici nos vifs remercîments, nous avions à notre disposition trois observations aussi complètes qu'on peut les souhaiter, les deux premières avec analyses histologiques faites au laboratoire des Cliniques, sous la direction de notre excellent maître et ami le Dr Latteux.

Dès ce moment, nous formâmes le projet de faire de cette observation le sujet de notre dissertation inaugurale et c'est cet engagement que nous tenons aujourd'hui.

Mais fallait-il se borner à exposer en détail l'histoire du malade, et à en tirer des conclusions qui n'auraient eu pour seul mérite que d'être la reproduction des opinions de nos maîtres ?

Nous ne l'avons pas pensé. Ne pouvant, en raison de notre peu d'expérience, faire un travail original, et persuadé que l'unique mérite de notre thèse, si elle en peut avoir, sera de résumer l'état actuel de nos connaissances sur le sujet, afin d'éviter de longues et fastidieuses recherches à ceux qui, plus capables que nous, voudraient traiter de nouveau la question, nous avons jugé opportun de rechercher toutes les observations qui avaient été publiées en France sur les tumeurs des mains.

Mais pour ne point étendre outre mesure les limites de ce modeste travail, nous avons dû nous borner à l'étude des tumeurs solides des parties molles, éliminant ainsi à la fois et les tumeurs vasculaires et les tumeurs osseuses et cartilagineuses.

La lecture de ces observations nous a conduit à tracer les symptômes cliniques et histologiques des tumeurs solides des parties molles de la main, et à établir le diagnostic différentiel de ces lésions, diagnostic différentiel qui, nous devons le reconnaître, reste encore imparfait sur beaucoup de points.

Enfin à l'appui de la symptomatologie que nous avons esquissée, nous avons invoqué un certain nombre d'observations, les unes personnelles, les autres tirées des ouvrages ou des communications de nos maîtres aux sociétés savantes.

Notre travail, ainsi limité, comporte encore de grands développements et aussi de grandes difficultés et de lon-

gues recherches pour être traité d'une façon convenable.

Nous y avons donné tous nos soins. Heureux si le suffrage de nos juges vient récompenser nos efforts.

Nous avons divisé notre travail en deux parties :

Dans la première, nous faisons l'historique de la question.

Dans la seconde, nous décrivons chaque espèce de tumeur en particulier : étiologie, symptomatologie clinique et histologique, diagnostic, pronostic et traitement. Quant au diagnostic différentiel, il fera l'objet d'un chapitre particulier.

Nous terminons ce travail par un index bibliographique qui permettra au lecteur de se reporter aux divers ouvrages ou observations qui ont trait à notre sujet.

Au moment de livrer ce travail à l'impression, la mort de M. le professeur Broca est venu frapper la Faculté d'un grand deuil.

Qu'il nous soit permis de rendre ici un respectueux hommage à la mémoire de l'homme essentiellement bon, de l'éminent professeur qui sera une des gloires de notre École.

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

L'analogie symptomatique que l'on observe souvent sur les tumeurs solides des parties molles de la main, de natures pourtant bien différentes, la nécessité où l'on se trouve fréquemment de compléter par l'examen histologique un diagnostic clinique incomplet, telles sont les principales causes du manque presque absolu de documents publiés en France sur ce sujet pendant les cinquante premières années de ce siècle, et le peu de valeur de ceux qu'il nous a été donné de consulter.

Nous trouvons çà et là quelques observations incomplètes, peu détaillées, dans lesquelles l'observateur s'appuie exclusivement pour asseoir son diagnostic, sur des symptômes cliniques obscurs, au nombre desquels on ne fait jamais entrer ce grand fait de l'absence ou de la présence d'engorgement ganglionaire circonvoisin, dont l'importance est telle aux yeux des cliniciens du jour qu'aucun ne voudrait émettre son avis sur la nature d'une tumeur avant d'avoir recherché l'état du système lymphatique.

Quant à l'examen histologique, il serait puéril d'y faire allusion.

La première observation dont nous trouvons la relation dans les auteurs est de 1809 et appartient à Pelletan ; il s'agit d'un lipome siégeant à la face interne du pouce de la main gauche et s'étendant vers la paume de la main en couvrant toute l'étendue de l'éminence thénar jusqu'au métacarpien.

La tumeur avait déterminé une luxation du pouce en arrière, qui fut réduite après énucléation du néoplasme pratiqué par Dupuytren.

Le malade guérit après avoir présenté un phlegmon diffus de la main et de l'avant-bras.

Ce que nous voulons retenir de cette observation c'est que cette tumeur était d'une assez grande solidité. Aussi serait-on en droit de se demander si aux cellules adipeuses ne se joignaient pas quelques fibres, si, en un mot, le néoplasme ne serait pas un fibro-lipome. Ce diagnostic n'aurait pu être fait que par le microscope, mais l'observation arrivait 50 ans trop tôt.

Quoi qu'il en soit, que la tumeur fût un lipome ou un fibro-lipome nous n'insisterons pas, le pronostic et le traitement étant absolument les mêmes dans l'un et l'autre cas.

Nous n'avons voulu, en soulevant cette question, que donner une première preuve de l'utilité de l'examen microscopique, nous réservant d'y revenir dans d'autres cas, où ce moyen d'investigation aura un rôle beaucoup plus utile, et permettra, en assurant le diagnostic, d'en déduire un pronostic plus précis.

En 1827, les Archives de médecine publient une obser-

vation de Behrends relative à la production de tumeurs cornées développées aux pieds et aux mains ; et en 1837 la Gazette des hôpitaux reproduit une observation de Steinhausen ayant trait à une production cornée développée sur le dos de la main droite d'une femme âgée. Nous ne faisons que signaler ces faits, si incomplets d'ailleurs, nous réservant d'y revenir, s'il y a lieu, dans le chapitre que nous consacrerons aux productions cornées de la main.

En 1829, on trouve dans le Journal hebdomadaire de médecine une observation de cancer mélanique de la paume de la main, due à Marjolin et Blandin.

Il s'agissait d'un homme de 46 ans chez lequel la maladie avait débuté il y avait sept ou huit ans. A la suite d'un traitement, qui avait surtout consisté dans des cautérisations au nitrate d'argent, la lésion s'étendit considérablement, et le malade entra à l'hôpital Beaujon. On pratiqua la désarticulation du poignet. Le malade guérit, ajoute l'auteur de l'observation qui ne fait aucune allusion à une récidive possible.

La tumeur était ulcérée, irrégulière, bosselée, de couleur ardoisée. Elle présentait le volume d'une orange ; sa densité était considérable, son tissu criait sous le scalpel, offrait une teinte noirâtre et laissait suinter par la pression un liquide qui, mis en contact avec les tissus, les colorait en noir; en tout enfin, ajoute l'auteur, cette tumeur présentait les caractères des mélanoses.

On trouvera plus loin l'indication d'une seconde observation de cancer mélanique due à Monod. Nous n'en connaissons point d'autres.

En 1834, Rognetta publie dans la Gazette médicale de

Paris la relation d'une tumeur médullaire de la paume de la main, qui semble être en réalité un sarcome kystique.

Lisfranc donne en 1836 une observation de tumeur fibreuse de l'éminence hypothénar, qui présente comme particularité digne de remarque, des douleurs extrêmement vives, dues sans doute à l'étranglement de quelques filets nerveux par du tissu fibreux très dense.

En 1840 et en 1843, on trouve dans la Gazette des hôpitaux deux observations, la première de fongus médullaire de la main, due à Signorani; c'est là, croyons-nous, un exemple de sarcome encéphaloïde; la seconde de cancer de la main droite (Jobert de Lamballe).

Un fibrome vascularisé d'un espace interdigital fait, en 1847, l'objet d'une communication de Notta à la Société anatomique.

Nous ne mentionnons que pour mémoire, en raison de sa brièveté, l'observation de carcinome de la main droite publiée par Huguier dans la Gazette des hôpitaux, 1850.

Beaucoup des observations que nous venons de citer sont incomplètes ; toutefois, il est encore possible d'établir dans certains cas un diagnostic à peu près exact.

Mais il n'en est plus de même dans les cas suivants, dus à Tessier (B. S. An. 1834), Nivet (id. 1837), Jarjavay (id. 1852) et Jobert de Lamballe (Union médicale, 1852), et tous englobés sous le nom de tumeurs encéphaloïdes. La lecture attentive de ces observations ne nous permet pas d'établir de diagnostic.

Quoi qu'il en soit, si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur toutes ces observations, on y trouve, malgré les lacunes qu'elles présentent, des éléments précieux pour le groupement des principaux signes diffférentiels des

diverses espèces de tumeurs des doigts. Encore doit-on tenir grand compte du nombre relativement restreint de ces observations, et du peu d'étendue et de l'insuffisance des moyens de diagnostic dont disposaient les observateurs de cette époque.

On comprendra que nous ne poursuivions pas, à partir de ce moment, une nomenclature qui deviendrait fastidieuse.

Nous préférons signaler ici les ouvrages qui, à un titre quelconque, nous ont fourni des documents pour la rédaction de notre thèse, et en premier lieu nous devons citer le mémoire si remarquable de M. le professeur Verneuil sur quelques maladies des glandes sudoripares (Archives générales de médecine, 1854) et le Traité des tumeurs de M. le professeur Broca.

Dans le mémoire que nous venons de citer, M. le professeur Verneuil fait le premier l'histoire de l'évolution des glandes sudoripares, depuis la simple ampliation de ces glandes jusqu'à la transformation de la tumeur en épithéliome par suite de la rupture des parois glandulaires et de l'infiltration de leurs éléments épithéliaux dans le tissu conjonctif environnant; il a constaté la déformation des tubes sudoripares dilatés par l'épithélium, les modifications de cet épithélium et la production de globes épidermiques.

« M. le professeur Verneuil donne ainsi une descrip-
« tion à peu près complète d'une affection dont per-
« sonne avant lui n'avait connu l'importance, les consé-
« quences et la gravité. » (Professeur Broca, Traité des
« tumeurs.)

Après lui, M. le professeur Broca reprend la question

dans son Traité des tumeurs. Nous n'analyserons pas ici le chapitre consacré par notre maître aux polyadénomes sudoripares, nous réservant d'y revenir dans le cours de ce travail, à l'occasion de deux cas d'épithélioma de glandes sudoripares dont on trouvera plus loin l'observation.

En 1855 et en 1873, deux thèses de doctorat sont soutenues à la Faculté de Paris sur les tumeurs des doigts, par les D[rs] Vermont (Recherches pour servir à l'étude de quelques tumeurs des doigts. Th. de Paris, 1855) et Monory (Tumeurs solides des doigts, Th. de Paris, 1873).

En 1873, M. le D[r] Bachon publie dans le Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires une étude sur le diagnostic des tumeurs de la paume de la main, à propos d'un cas fort curieux de névrome de la paume de la main qui avait été méconnu. Dans le cours de ce travail, on trouvera une succincte analyse de l'observation de M. Bachon.

L'étude la plus récente sur les tumeurs de la main et des doigts est due à M. le D[r] Cosson qui en a fait le sujet de sa dissertation inaugurale. (Th. de Paris, 1879.)

M. Cosson a envisagé la question surtout au point de vue clinique. Repoussant toutes les classifications adoptées jusqu'à ce jour, il divise les tumeurs de la paume de la main et des doigts en tumeurs liquides et en tumeurs solides.

Puis il subdivise les tumeurs solides en tumeurs bénignes, tumeurs malignes et tumeurs à pronostic variable.

A vrai dire, nous ne faisons aucune difficulté de reconnaître qu'une bonne classification des tumeurs de

la main est bien difficile, nous pourrions presque dire impossible; mais nous pensons que la classification adoptée par M. Cosson est susceptible de nombreux reproches.

Et tout d'abord, sur quoi s'est basé l'auteur pour diviser ses tumeurs solides en bénignes, malignes et à pronostic variable? Evidemment sur les symptômes cliniques présentés par chaque tumeur. Or, nous soutenons que dans un certain nombre de cas, il est absolument impossible de distinguer par les seuls moyens cliniques certain lipome, tumeur essentiellement bénigne, de certain sarcome, tumeur essentiellement maligne.

Sur quoi se basera-t-on pour faire le diagnostic différentiel dans les premiers mois de l'apparition de la tumeur?

La palpation peut fournir les mêmes résultats de mollesse, d'empâtement. Le sarcome, quoiqu'ayant une marche généralement plus rapide que le lipome, peut rester des mois entiers sans progresser.

Un sarcome de la première phalange du médius enlevé par M. Péan (Bull. Soc. anat., 1873) remontait à sept ans et n'était pas ulcéré. Un sarcome fasciculé, dont l'observation est due à M. Paquet, de Lille, remontait à seize ans et n'était pas davantage ulcéré.

Dans ces cas ce n'eût certes point été sur l'âge de la lésion qu'il eût fallu s'appuyer pour faire le diagnostic.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce point nous réservant d'y revenir en détail dans notre chapitre du diagnostic différentiel.

En terminant cet historique nous ne devons pas oublier

de mentionner que l'article « Main » paru en 1871 dans le Dictionnaire encyclopédique nous a fourni de nombreux et précieux renseignements que nous nous sommes empressé d'utiliser surtout au point de vue de nos recherches bibliographiques.

DEUXIÈME PARTIE

ETUDE CLINIQUE ET HISTOLOGIQUE.

La constitution anatomique de la main imprime aux tumeurs de cette région une gravité toute particulière qui dépend tout à la fois de l'importance fonctionnelle des parties compromises et de la multiplicité des organes qui peuvent être atteints dans une opération rendue le plus souvent nécessaire.

Il y a plus : elle leur donne aussi un aspect tout particulier qui fait que ces tumeurs, bridées par un derme épais lorsqu'elles sont sous-cutanées, développées sur des points souvent rétrécis, exposées à tout instant à des pressions et à des chocs plus ou moins violents, présentent rarement les caractères en général typiques qu'elles affectent dans les autres régions du corps.

De là des difficultés multiples, souvent insurmontables pour le diagnostic.

La condition d'une bonne description est une classification rigoureuse.

Comme nous l'avons dit dans notre historique aucune des classifications adoptées jusqu'à ce jour ne nous paraît irréprochable. Il en faut rechercher la cause dans

les nombreuses difficultés que l'on rencontre parfois quand on veut établir un diagnostic positif pour les tumeurs solides de la région qui nous occupe. Peut-être aussi doit-on prendre en considération ce fait que la plupart des auteurs ont adopté, les uns une classification uniquement clinique, les autres une classification uniquement histologique.

Les premiers se sont ainsi exposés à de nombreuses erreurs, et on est en droit de reprocher aux seconds une absence complète de considérations cliniques que ne rachète pas l'exactitude de leur description anatomique. Or le diagnostic de la lésion, ne l'oublions pas, doit être fait sur le malade, souvent au début et non pas sous le champ du microscope. Ce n'est là qu'un moyen d'investigation que, moins que personne, nous comptons négliger, mais qui ne doit pas faire rejeter les symptômes cliniques. Nous le répétons, dans les tumeurs de l'espèce on n'a pas trop de tous les renseignements que peuvent fournir la clinique et l'histologie. C'est en nous appuyant sur l'une et l'autre de ces sciences que nous espérons mener à bonne fin le travail que nous avons entrepris.

Nous adopterons donc une classification basée sur les éléments anatomiques qui entrent dans la composition des diverses tumeurs de la main. Mais nous aurons grand soin de faire suivre chaque espèce de néoplasme d'une description essentiellement clinique, de façon à permettre d'établir le diagnostic au lit du malade, dans les cas hélas trop rares où ce diagnostic est possible par les seuls efforts de la clinique.

Puis chaque description clinique sera suivie d'une

description histologique, car après toute affirmation, il faut faire la preuve.

Les tumeurs que l'on observe à la main et aux doigts peuvent être liquides ou solides. Nous ne nous occuperons pas ici des premières, nous en dirons seulement quelques mots au point de vue du diagnostic différentiel avec certaines tumeurs molles.

Quant aux tumeurs solides, les plus fréquentes sont les suivantes : enchondrome; ostéome; verrues; cornes, etc.; lipome; sarcome; fibrome; névrome; cancroïde, carcinome.

Nous n'étudierons ici ni les enchondromes ni les ostéomes. Nous ne nous occuponsen effet que des tumeurs solides des parties molles ; or les enchondromes et les ostéomes se développent si rarement dans les parties molles que nous pouvons en négliger l'étude.

Nous entrons donc enfin de plein pied dans notre sujet.

VERRUES, CORNES.

Nous avons peu de chose à dire de ces lésions.

On donne le nom de verrues à de petites excroissances cutanées, indolores, molles, les unes sessiles, les autres pédiculées et le plus souvent multiples; elles sont assez fréquentes.

La coloration de la peau n'est pas altérée à leur niveau. Comme elles sont dues à une hypertrophie des papilles vasculaires du derme, il n'est pas rare de voir à leur surface de petites saillies qui résultent de la prolifération de ces papilles et dans l'intervalle desquelles on

trouve des dépressions présentant des orifices de glandes sudoripares.

Dans son mémoire sur quelques maladies des glandes sudoripares, M. le professeur Verneuil dit qu'il y a parfois lieu de faire le diagnostic différentiel entre la verrue et l'hypertrophie simple de la glande sudoripare. En raison du peu d'étendue de la lésion il est bien inutile de rechercher la fluctuation. D'ailleurs par le fait de sa dilatation excessive, la glande sudoripare présentera à la pression une résistance assez notable. Enfin elle est profondément située et ne vient pas faire à la surface de la peau une saillie aussi nette que la verrue. Elle n'en présente pas non plus l'aspect chagriné. Nous croyons donc qu'il n'y a pas lieu d'insister.

Le pronostic n'est pas grave en général. Si ces verrues sont peu nombreuses, peu développées, si elles ne gênent pas le malade, il n'y faut pas toucher. Si leur développement et la gêne fonctionnelle qu'elles entraînent devenaient trop considérables on donne généralement le conseil de les enlever par cautérisation. Nous savons ce que ce procédé a d'avantageux vis-à-vis de malades pusillanimes. Toutefois nous repoussons ce traitement qui irrite la base d'implantation de la verrue et pourrait peut-être devenir le point de départ d'un cancroïde épidermique. Nous nous hâtons de reconnaître que nous n'en avons point vu d'exemple. Mais il suffit que le fait soit possible pour éviter un procédé opératoire qui, pour de petits avantages, peut exposer à un danger véritable, et nous croyons préférable d'avoir recours au bistouri.

L'hypertrophie de la papille vasculaire n'est pas la

seule lésion qui caractérise la verrue; il y a aussi prolifération de l'épiderme, prolifération qui peut dans certains cas devenir le point de départ de ces saillies plus ou moins développées que l'on a désignées sous le nom de cornes.

Ces cornes ne sont autre chose que le résultat de la prolifération des cellules épidermiques qui, à la coupe apparaissent sous la forme de cellules d'épithélium pavimenteux, sèches, feuilletées et pour la plupart dépourvues de noyaux. Les noyaux se rencontrent plus nombreux au fur et à mesure que l'on se rapproche du derme au niveau duquel on trouve des papilles hypertrophiées.

Ces productions cornées se rencontrent surtout chez les femmes; elles siègent le plus souvent aux mains et aux pieds et ne sont pas aussi rares qu'on semblerait le croire au premier abord. On cite des observations d'Ingrassias, de Fabrice de Hilden, de Saint-Georges Ash, d'Alibert, de Corlieu, de Dumonceau, d'Everard Home, de Cloquet, etc. Nous avons étudié avec soin les faits de Moriggia (Gaz. méd. de Turin, 1866) et de Heurtaux (Dict. de méd. et de chir. pratiques, art. Cornes). Nous-même avons eu l'occasion d'observer au commencement de cette année, dans le service de M. le professeur Hardy, une femme de 70 ans qui présentait sur le côté interne de chaque pied des productions cornées de 3 à 4 centim. d'épaisseur. Nous signalons cette observation pour mémoire.

Mais le plus intéressant de tous ces faits, au point de vue qui nous occupe, est celui qui a fait l'objet d'une communication de M. Houel à la Société de chirurgie en 1855 au nom de M. Bergot de Château-la-Vallière.

Nous croyons devoir l'analyser succinctement ici :

Il s'agissait d'une femme de 68 ans qui portait à la main droite une ulcération survenue à la suite d'un bouton écorché. La malade s'était d'abord adressée à un charlatan. Au bout de six semaines d'un traitement infructueux, elle vint trouver M. Bergot (juillet 1851). Elle portait à ce moment une ulcération, sur le milieu de la face dorsale de la main droite, ayant la forme d'une étoile à trois rayons irréguliers, aux bords taillés à pic; fond rouge brunâtre uni, sans bourgeons ni au centre ni près des bords. Ceux-ci étaient rose pâle, durs, luisants, mamelonnés.

Des cautérisations au nitrate d'argent puis au nitrate acide de mercure amenèrent en deux mois une cicatrisation qui au bout d'un an s'épaissit et fit saillie sous la peau. Pas de douleur ni de démangeaisons. Insensibilité absolue à la pression.

Dix-huit mois après la cicatrisation, on observait une saillie de 1 centimètre de haut, pour un diamètre de 8 millimètres. — Au bout de deux ans, 5 centimètres de haut.

En juillet 1854, la malade revint trouver M. Bergot; l'excroissance ressemblait admirablement à une corne de chèvre.

Bientôt un travail de suppuration s'établit, une ulcération apparut à la base et donna issue à un pus infect. L'ulcération s'agrandit, la base enfin, dans ce travail d'élimination, fut percée de part en part, et la solidité de l'excroissance fut menacée. Pendant ce temps, la malade déclinait de jour en jour, depuis trois mois surtout; ses forces s'en allèrent et elle s'éteignait le 8 octobre 1854.

Cette communication donna lieu à une discussion fort intéressante, au cours de laquelle, M. le professeur Broca fut amené à donner son avis. Nous reproduisons ici l'opinion de notre maître :

« M. Houel ne paraît pas éloigné de considérer les cornes comme une variété de cancroïdes. Ce sont cependant là des choses différentes. D'ailleurs ces cornes se présentent sous plusieurs aspects ; j'en ai vu de situées au-dessous de la peau dans un follicule ; d'autres faisaient saillie au-dehors. Ces cornes sont constituées par une superposition d'écailles épidermiques. Cette lésion reste le plus souvent inoffensive ; mais si on irrite la base de ces cornes, on enflamme la peau et on l'ulcère. Il y a dès lors un cancroïde épidermique.

« La communauté de structure entre les cornes et les cancroïdes épidermiques, leurs récidives, l'ulcération cancroïdale qu'on observe à la base de la corne ont pu faire croire à M. Houel que les cancroïdes et les cornes étaient deux affections identiques. Il n'y a toutefois qu'analogie entre ces deux lésions ; je pense que s'il se développe un cancroïde sur une corne, c'est que celle-ci agit à la façon d'un corps étranger. »

Bien que le diagnostic histologique ne soit pas venu ici vérifier l'hypothèse de cancroïde, nous adoptons complètement la manière de voir de M. le professeur Broca. C'est incontestablement l'irritation produite par la corne qui a été la cause efficiente du cancroïde épithélial.

Aussi convient-il, suivant nous, de faire quelques réserves sur le pronostic des productions cornées surtout chez les vieillards. Il suffit qu'un fait survienne qui éta-

blisse la possibilité d'une terminaison fâcheuse pour assombrir le tableau.

Cette irritation produite par la corne peut encore l'être par des cautérisations intempestives. Ainsi s'explique notre peu d'empressement à adopter ce mode de traitement d'une façon générale, quelle que soit la nature du néoplasme à détruire.

Il y a plus. A moins d'une habileté toute spéciale dans le maniement des caustiques on sait mal ce que l'on va faire, on ignore jusqu'où l'on pénètrera, et si l'on n'atteindra pas des organes essentiels. Enfin le caustique, en s'introduisant entre les éléments anatomiques, agit sur les parties profondes avec trop peu d'énergie pour les mortifier, et avec assez de force pour y produire une irritation nuisible.

Il ne faut aborder une tumeur quelle qu'elle soit, qu'avec les moyens de l'enlever radicalement et promptement. Pour remplir ce but, rien ne vaut l'emploi du bistouri ou du couteau galvanique qui met à l'abri des accidents hémorrhagiques.

Nous croyons pouvoir borner à ces quelques lignes l'étude succincte que nous avons faite des verrues et des cornes ; et nous passons maintenant à l'étude d'une espèce de tumeur beaucoup plus intéressante, mais aussi beaucoup plus rare que les verrues.

Lipomes.

Définition : On donne le nom de lipome à une tumeur constituée par l'hyperplasie et l'hypertrophie des vésicules adipeuses.

Cornil et Ranvier ajoutent que le lipome a une activité vitale indépendante de l'organisme; c'est ce que tendrait à prouver, suivant ces auteurs, le fait de la conservation du volume d'un lipome chez un individu qui s'affaiblit.

Variétés. — L'hypertrophie et l'hyperplasie exclusives des vésicules adipeuses constituent le lipome type. Mais les vésicules adipeuses sont entourées de tissu cellulaire plus ou moins dense, plus ou moins hypertrophié qui peut donner au lipome une consistance remarquable qui dans certains cas, exposera l'observateur à le confondre avec un fibrome véritable ; on lui donne alors le nom de fibro-lipome; cette tumeur est beaucoup plus rare que le lipome vrai.

Le tissu cellulaire est lui-même sillonné de vaisseaux plus ou moins nombreux, plus ou moins hyperthophiés qui peuvent donner au lipome l'aspect d'une tumeur vasculaire. (L. vasculaire. L. érectile). C'est la moins fréquente des tumeurs lipomateuses. Nous n'en avons recueilli qu'un exemple.

Quant au lipome myxomateux nous le mentionnons pour mémoire.

Toutes ces variétés de lipomes exposent à des erreurs de diagnostic qui seront étudiées avec plus de fruit dans le chapitre du diagnostic différentiel. Nous nous bornerons ici à donner la description du lipome type.

Etiologie. — Il en est du lipome comme de toutes les autres tumeurs de la main ; l'étiologie est absolument ignorée. On invoque souvent le traumatisme comme cause des tumeurs les plus variées des mains ; cause

efficiente, le fait est possible, quoique douteux cependant si on compare la fréquence considérable des chocs subis par la main à la rareté relative des tumeurs de cette région.

Nous préférons avouer notre ignorance absolue sur ce point; aussi éviterons-nous de revenir sur ce sujet quand nous aborderons l'étude des autres tumeurs de la main.

Symptômes. — Tumeur molle, arrondie, présentant lorsque l'on tend la peau sur elle des saillies globuleuses, juxtaposées, non adhérente à la peau qui ne présente pas de changement de coloration du moins au début, sans engorgement ganglionnaire, sans douleurs spontanées ou provoquées; tels sont les caractères d'un lipome vrai. Ajoutons que le lipome présente un développement des plus lents.

Si l'on songe à la constitution anatomique de la région où il se développe, on est tenté d'assigner pour siège au lipome le tissu cellulo-adipeux sous-cutané.

Le fait a été observé ; mais le lipome siège aussi profondément, sous les muscles au voisinage du périoste et des tendons.

D'où il résulte qu'il est en général mal limité, que sa base est le plus souvent sessile et étalée. De plus, étant profondément situé, les aponévroses, les os, et en général toutes les parties résistantes tendent à déformer le lipome, à lui imprimer une forme particulière qui varie avec le sens dans lequel agit la cause déformatrice.

Ainsi dans un cas de Péan les deux premiers métacarpiens étaient écartés vers leur extrémité inférieure. Dans le cas de M. le professeur Trélat, le lipome avait

deux portions, l'une sous-aponévrotique, l'autre sus-aponévrotique, reliées entre elles par une sorte de pont adipeux qui passait sur le bord inférieur de l'aponévrose palmaire. Enfin dans le cas de Chassaignac, la tumeur avait suivi le canal radio-carpien et était bilobée par pression du ligament antérieur du carpe.

C'est avec intention qu'au nombre des symptômes nous ne mentionnons pas la fluctuation ; car celle-ci est loin d'être constante ; et quand on la rencontre elle donne plutôt la sensation d'une fausse fluctuation, d'une fluctuation avec empâtement.

Mais il est un autre symptôme sur lequel nous croyons devoir appeler l'attention ; signalé dans les observations de Follin (Lip. du médius, Gaz. méd. de Paris, 1852), de Bonnet (Gaz. des hop. 1866), et surtout de M. le professeur Trélat (B. S. Ch. 1868, et Gaz. des hôpitaux, même année) nous ne l'avons trouvé mentionné dans aucun des auteurs qui ont traité de cette espèce de néoplasme.

Il consiste en une sorte de crépitation, de frôlement qui se rapproche un peu de celle que l'on observe lorsque l'on comprime des kystes à grains hordéiformes. M. le professeur Trélat rapporte cette crépitation au frottement des cellules adipeuses profondes sur les tendons fléchisseurs sous-jacents à la tumeur.

L'explication est secondaire. Comme on le verra au chapitre du diagnostic différentiel, le lipome est loin de présenter l'ensemble des symptômes signalés plus haut. Si donc on avait là un nouveau symptôme à noter, le fait ne serait pas sans importance. Aussi, avons-nous cru devoir le rapporter en laissant à ceux qui viendront après nous,

et qui disposeront de plus de documents, le soin de fixer la valeur diagnostique de ce signe.

Il suffit que l'attention soit appelée sur ce point.

Nous venons de donner la symptomatologie du lipome vrai.

Celle du fibro-lipome sera la même, à ceci près qu'au lieu de la mollesse et de la fausse fluctuation, on observera une résistance, une dureté plus ou moins nettes.

Il y aurait donc lieu de faire le diagnostic entre le fibro-lipome et le fibrome ; nous y reviendrons plus tard, quand nous aurons étudié cette dernière tumeur.

Fréquence du lipome. — Le lipome est rare à la main, plus rare encore aux doigts. Les auteurs français en citent douze cas qui ont fait l'objet de communications ; nous n'avons pu nous procurer que dix de ces observations en y comprenant le cas de Pelletan.

Trois de ces dix lipomes siégeaient aux doigts (Pouce, Pelletan ; Médius, Follin ; Indicateur, Foucher). Les autres avaient pour siège la paume de la main.

Sur ces dix cas, nous ne trouvons que deux fibro-lipomes (Cas de Richet, 1867, et de Demarquay, 1873) ; trois si on y ajoute le cas de Pelletan qui, en raison de la dureté de la tumeur, pourrait être rangé dans cette catégorie ; encore ne faut-il se fier qu'avec réserve à cette observation.

Enfin le cas de Foucher (1852) pourrait bien être considéré comme un fibrome vasculaire.

Si le petit nombre de faits dont nous disposons ne nous imposait la plus grande réserve, nous pourrions adopter les conclusions suivantes :

1° Le lipome est très rare à la paume de la main;

2° Il est encore plus rare aux doigts ;

3° Le fibro-lipome est encore plus rare que le lipome;

4° Le lipome vasculaire est la plus rare des tumeurs lipomateuses de la main.

Terminaison. — Pronostic. — Traitement. — Comment se termine le lipome de la main ? Quelle est sa gravité? Nous l'avons dit, le lipome est une tumeur à marche très lente. Il n'est pas rare de voir des lipomes ayant 7, 8, 10, 12, 15 ans d'existence. Pendant ce temps les uns ont progressé lentement, les autres n'ont pas augmenté de volume.

L'absence de retentifs si la santé générale, l'extrême rareté des douleurs, qui ne s'observaient que dans les cas de lipomes durs et très volumineux comprimant des filets nerveux, expliquent à la fois la bénignité de la tumeur et le peu de tendance qu'ont les malades à en demander l'ablation. Si donc le néoplasme n'entraîne pas de gêne fonctionnelle, n'intervenez pas.

L'intervention le plus souvent bénigne pourrait dans certains cas être plus grave que la lésion elle-même; témoin le cas cité par Follin. Si l'on avait procédé à l'ablation du lipome il aurait fallu ouvrir la gaine des fléchisseurs, ce qui eût singulièrement compliqué l'opération.

Si on est appelé à opérer par suite de la gêne fonctionnelle, on ne devra pas oublier que les lipomes, le plus souvent superficiels, peuvent être profonds. Cherchez tout d'abord, par des mouvements imprimés à la tumeur et à la main, si le néoplasme est adhérent ou non

à des tendons. Disséquez couche par couche avec la plus grande prudence. Ici, comme dans l'ablation de toute tumeur de la main, s'impose avec force cette triple condition de ménager les nerfs, les vaisseaux et surtout les gaines tendineuses.

Certains auteurs ont signalé des cas de suppuration de lipome et d'infection purulente consécutive. Hâtons-nous d'ajouter que nous n'avons lu la relation d'aucun fait analogue pour les lipomes de la main. Aussi pensons-nous que ce serait là une indication d'intervention qu'il n'y a pas lieu de mentionner.

En terminant ce qui a trait aux tumeurs lipomateuses de la main, disons qu'en raison de la simplicité de la constitution anatomique du lipome nous n'avons pas cru devoir en donner la description histologique.

Les cellules adipeuses sont d'ailleurs des plus faciles à reconnaître au microscope.

Ajoutons que le seul point véritablement intéressant de l'histoire des lipomes réside dans le diagnostic différentiel. Nous renvoyons donc à la fin de ce travail pour cette partie de l'étude des lipomes.

SARCOMES.

Définition. — Dès l'origine on a donné le nom de sarcome à des tumeurs de nature bien différente, mais présentant toutes ce caractère commun d'offrir une consistance assez semblable à celle de la chair.

Si l'on songe d'une part à la multiplicité des tumeurs de la main présentant une consistance semblable et d'autre part aux différences que révèle le toucher dans

la palpation des tumeurs de même nature, comme le sarcome par exemple, on s'expliquera aisément les erreurs multiples des observateurs qui se sont fiés à ce signe.

Dans cette question, l'histologie a joué un rôle prépondérant; c'est elle qui a fixé, d'une façon définitive et certaine, la constitution anatomique du sarcome; elle a même permis d'en décrire plusieurs variétés que nous allons énumérer.

C'est sur elle que s'appuyent Cornil et Ranvier lorsqu'ils donnent du sarcome cette définition que nous adoptons : « Les sarcomes sont des tumeurs constituées par du tissu embryonnaire pur ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir adulte. »

Nous appuyons cette définition d'une description histologique succincte.

Anatomie. — Anatomiquement le sarcome est constitué par des cellules, éléments uniquement embryonnaires, accolées les unes aux autres ou séparées par une substance amorphe, molle, peu abondante, et par des vaisseaux.

Ces cellules affectent les formes les plus variées ; elles renferment un ou plusieurs noyaux avec nucléoles. Nous ne nous y arrêterons pas, car ce n'est pas dans leur forme spéciale, mais dans leur arrangement qu'il faut chercher la caractéristique du sarcome.

On rencontre dans le sarcome des vaisseaux plus ou moins nombreux; ces vaisseaux présentent ceci de particulier qu'ils n'ont pas de parois propres, et qu'ils sont limités par les cellules embryonnaires elles-mêmes ; ces

vaisseaux sont en quelque sorte des espaces lacunaires creusés dans le tissu propre du sarcome.

Ainsi : cellules de formes diverses, avec un ou plusieurs noyaux, les unes accolées, les autres séparées par de la matière amorphe, avec vaïsseaux sans paroi propre; voilà en deux mots la constitution histologique du sarcome type.

Mais poussant plus loin l'analyse, on a établi diverses espèces de sarcome, basées sur la présence ou sur la prédominance de tel ou tel élément particulier. C'est ainsi quelon a décrit :

Le sarcome encéphaloïde ; c'est le sarcome proprement dit.

Le sarcome fasciculé; il présente une tendance à une organisation plus avancée, les cellules embryonnaires tendent à s'allonger et à prendre l'aspect des cellules du tissu conjonctif.

Le sarcome myéloïde, constitué par du tissu semblable à la moelle osseuse embryonnaire.

Le sarcome ossifiant, qui présente une tendance à l'organisation osseuse.

Le sarcome névroglique dans lequel le tissu embryonnaire tend à prendre la forme de la névroglie.

Le sarcome angiolithique qui dans les méninges tend à prendre la disposition vasculaire du plexus choroïde avec bourgeonnements particuliers et grains calcaires.

Le sarcome muqueux, dans lequel les cellules ont subi la transformation muqueuse.

Le sarcome lipomateux, qui renferme des cellules adipeuses.

Et le sarcome mélanique, dans lequel on rencontre des granulations pigmentaires.

Nous renvoyons à l'ouvrage de MM. Cornil et Ranvier, auquel nous avons emprunté cette classification, pour l'étude histologique détaillée de chacune de ces espèces particulières.

Nous nous réservons d'ailleurs de revenir, dans notre étude clinique du sarcome, sur quelques-unes de ces espèces auxquelles on a cru devoir assigner des caractères particuliers.

Synonymie. — La synonymie du sarcome est des plus chargée. La plupart des histologistes et bon nombre de cliniciens ont cru devoir donner à ces tumeurs un nom particulier. Nous reproduisons cette nomenclature pour éviter toute confusion :

Tumeurs fibreuses albuminoïdes. J. Müller.

Tumeurs fibro-plastiques. Lebert. (C'est le sarcome fasciculé de Cornil et Ranvier.)

Tumeurs embryoplastiques. Ch. Robin. (Sarcome encéphaloïde de Cornil et Ranvier.)

Tumeurs à médullocelles et à myéloplaxes. Ch. Robin.

Recurring-fibroid. Paget.

Glyomes. Virchow. (Sarcome névroglique. Cornil et Ranvier.)

Psammomes. Virchow. (Sarcome angiolithique. Cornil et Ranvier.)

Sarcome globo-cellulaire. Rindfleisch. (Sarcome encéphaloïde. Cornil et Ranvier.)

Sarcome fibro-cellulaire. Rindfleisch. (Sarcome fasciculé, Cornil et Ranvier.)

Symptômes. — Les sarcomes se présentent à l'obser-

vation dans deux périodes bien différentes et leurs symptômes doivent être étudiés séparément dans chacune de ces périodes.

La première va de l'apparition de la tumeur au début de l'ulcération. La seconde peut être dite période d'ulcération.

Dans la première période, les symptômes sont peu tranchés et le diagnostic est souvent impossible entre un sarcome encéphaloïde et certains lipomes ; ou entre un sarcome fasciculé très avancé en organisation et un fibrome.

C'est là une question de diagnostic différentiel que nous étudierons plus loin. Contentons-nous d'énumérer ici les symptômes observés dans les cas types.

Dans sa première période, le sarcome se présentera sous la forme d'une tumeur parfois superficielle, le plus souvent profonde sans adhérences à la peau, mais fréquemment adhérente aux gaines tendineuses ou aux tendons qui sont pour le développement de cette tumeur un lieu d'élection. La peau ne présente pas, au début de cette période du moins, de coloration particulière, et si on la tend sur la tumeur, on ne trouve généralement pas les saillies lobulées propres au lipome ou les bosselures du cancer.

Toutefois, l'observation du professeur Gross, de Nancy, fait exception à cette règle. Aussi avait-on songé un instant à la possibilité d'un lipome.

Les douleurs sont le plus souvent nulles au début ; cependant nous devons dire qu'elles ont été notées dans le cas de Pooley (Arch. de Méd. 1870). Encore ces douleurs étaient-elles provoquées par la pression (le malade

était carrier) et nullement spontanées et lancinantes, comme dans le carcinome.

En général, le sarcome a une marche assez lente, surtout si on la compare à celle du carcinome. Mais comme on le verra au pronostic, ce serait faire un mauvais calcul que de se fier à cette lenteur pour reculer l'époque d'une intervention qui est inévitable, et qui, par le fait d'une attente trop prolongée, pourrait devenir infructueuse.

Des observations que nous avons lues il résulte que dans la plupart des cas la tumeur avait, au moment de l'intervention chirurgicale, un, deux et trois ans de date.

Toutefois dans le cas de Péan, l'origine de la tumeur remontait à 7 ans et dans celui de Paquet, de Lille, à 16 ans.

Quoi qu'il en soit, et d'une façon générale on peut dire que le sarcome a une marche plus rapide que le lipome et plus lente que le carcinome.

Lorsque la tumeur a déjà acquis un certain degré de développement, l'aspect de la peau peut changer, celle-ci est alors tendue, violacée et sillonnée de vaisseaux dilatés.

La consistance des sarcomes est très variable ; elle peut aller, suivant la prédominance de tel ou tel élément dans la tumeur, de la fausse fluctuation du lipome à la dureté extrême du fibrome type. On conviendra qu'il est bien malaisé d'accorder une valeur quelconque à un signe aussi variable.

Dans aucune des observations que nous avons parcourues, nous n'avons vu noté d'engorgement ganglion-

naire; toutefois ce signe paraît avoir été signalé par quelques uns des auteurs qui ont décrit le sarcome.

Quant à la seconde période ou période d'ulcération nous avons peu de choses à en dire.

Elle est bien rarement observée et cela tient sans doute à ce que le malade réclame l'intervention chirurgicale avant son apparition.

Elle a été notée par Demarquay 1833 et par M. le professeur Richet (1870). Encore est-il que dans ces deux cas il s'agit plutôt de trajets fistuleux que d'ulcération à surface libre.

Cette ulcération donnera lieu à un suintement ichoreux qui expose le patient à tous les dangers d'un affaiblissement progressif. De plus, si la tumeur renferme des vaisseaux nombreux et dilatés, on conçoit aisément, quoique nous n'en ayons point noté d'exemple, qu'il peut se produire à certains moments, en raison même de l'ulcération, des hémorrhagies graves.

Il est aussi un fait qui doit être pris en considération dans le diagnostic de ces néoplasmes; c'est la fréquence de la récidive soit sur place, soit à distance des tumeurs sarcomateuses.

Fréquence. — Le sarcome est une des tumeurs le plus souvent observées aux mains.

Sans vouloir attacher à ce fait plus d'importance qu'il n'en mérite, nous dirons qu'il résulte de l'ensemble des observations que nous avons recueillies que le sarcome fasciculé est un peu plus fréquent que le sarcome encéphaloïde: ce sont d'ailleurs avec le sarcome muqueux à peu près les seules variétés observées aux mains.

Pronostic. — L'extension du sarcome aux parties avoisinantes et sa répullulation sur place ou à distance, voilà les deux causes de la gravité du pronostic du sarcome.

Quant au pronostic à porter sur chaque varieté de sarcome il est contenu dans cette double proposition de Cornil et Ranvier.

« Un sarcome est d'autant plus grave que son orga-
« nisation est moins élevée; plus la tendance du sar-
« come à produire des tissus parfaits sera prononcée,
« plus l'organisation de ceux-ci sera avancée et moins
« les sarcomes seront graves. »

Nous appuyant sur cette proposition dont l'exactitude est démontrée par les faits, nous classerons ainsi, par ordre de gravité décroissante, les trois variétés de sarcomes que l'on rencontre à la main ; sarcome encéphaloïde ; sarcome muqueux ; sarcome fasciculé.

Hâtons-nous d'ajouter que la meilleure n'en vaut rien et que le pronostic d'un sarcome quel qu'il soit est toujours sérieux.

Traitement. — Le traitement découle tout naturellement de ce que nous venons de dire.

Ablation par le bistouri dès qu'on est appelé à constater la tumeur.

Loin de craindre, dans ces cas, de porter l'instrument tranchant dans les tissus sains, c'est sciemment qu'il faut aller les chercher.

Laissez échapper une seule cellule embryonnaire, la récidive suivra de près.

En présence de la nécessité absolue où l'on se trouve dans les cas de l'espèce d'enlever la moindre parcelle du

néoplasme on comprendra aisément pourquoi nous repoussons énergiquement toute cautérisation : ce sont toujours les mêmes motifs ; mais ici, ils tirent de la gravité de la situation une importance encore plus grande.

Le caustique agit imparfaitement, a une action qu'on ne peut préciser, laisse souvent échapper des parties de la tumeur et par irritation expose à la répullulation périphérique.

Nous ne nous faisons point d'illusion sur la description que nous venons de donner du sarcome. Il s'en faut de beaucoup que le diagnostic soit aussi aisé qu'il le paraît à la lecture des symptômes; nous avons reproduit la description classique et c'est là notre excuse. Mais au lit du malade il y a souvent des difficultés insurmontables qui tiennent à ce que certains symptômes ou certains signes font défaut, et à ce que d'autres affectent un aspect tout particulier qu'ils doivent à la disposition anatomique de la région ou à la prédominance de tel ou tel élément histologique.

Nous y reviendrons lors du diagnostic différentiel.

Nous croyons devoir placer ici une observation de myxo-sarcome qui nous est personnelle.

Observation I. — Myxo-sarcome de la pulpe du doigt.

V..., 50 ans, journalier.

Le père et la mère de ce malade sont morts l'un à 56 ans, l'autre à 78 ans, d'affections aiguës n'ayant aucun rapport avec le cas qui nous occupe. Ses frères sont en parfaite santé. Lui-même n'a jamais été malade.

Au mois de janvier 1879, il s'aperçut de la présence au bord externe de la troisième phalange de l'annulaire gauche d'une petite tumeur grosse comme deux fois une tête d'épingle.

En février, elle atteignait le volume d'un petit pois. L'accroissement continua très rapidement et en mars elle avait doublé de volume.

Un médecin consulté fit des applications de teinture d'iode sans le moindre succès. La pommade mercurielle n'amena pas de résultat meilleur.

En avril 1879, le malade se décida enfin à consulter un chirurgien. Voici quel était alors l'état des choses.

Tumeur de la grosseur d'une noisette, mobile, roulant sous le doigt et indolente. La mobilité, ainsi qu'on le verra, n'était qu'apparente; il existait des connexions lâches mais bien établies entre la tumeur et les tissus sous-jacents.

Pas d'engorgement ganglionnaire.

Le malade se plaint uniquement d'éprouver dans le doigt une sensation continue d'engourdissement.

La peau est distendue par la tumeur et présente une coloration assez rouge ; quelques petits vaisseaux dilatés à la surface.

Etat général excellent.

On se décide à faire l'opération.

Le 29 mai 1879 le malade est endormi. Deux incisions courbes circonscrivent la base de la tumeur qui est enlevée avec la plus grande facilité.

Mais au moment où la section est opérée survient une hémorrhagie qui ne peut être arrêtée que difficilement et à l'aide du thermo-cautère. L'adhérence en ce point était assez considérable. Il existait, ainsi que le démontra plus tard l'analyse histologique, une connexion intime entre la tumeur et les gaines tendineuses.

Pansement à l'eau froide après avoir fait deux points de suture.

Le 30. Le malade a peu dormi, il présente un peu de fièvre. L'hémorrhagie n'a pas reparu. Il se plaint d'une douleur assez vive remontant jusqu'au poignet.

Le 31. Pas de fièvre, le malade a dormi ; la douleur a complètement disparu.

Le 1er juin. On enlève les fils. Les deux bords de la petite plaie sont entièrement rapprochés. La cicatrisation va se faire par première intention.

Le 2. Pansement au vin aromatique L'état général est excellent.

Le 10. La plaie est complètement cicatrisée. La pression seule

amène encore un peu de douleur, mais le malade reprend ses occupations.

Nous avons revu M. X... à la fin du mois de mai 1880, c'est-à-dire un an après l'opération. Il n'y avait eu aucune récidive. L'ablation avait d'ailleurs été faite largement.

Analyse histologique. — Durcissement par les procédés habituels. (Alcool simple, gomme picriquée, alcool a 40°). Coupes en différentes directions. Montage à la glycérine après coloration au picrocarminate :

1° Examen d'ensemble à l'aide d'un faible grossissement (objectif n° 1, ocul^re n° 1, Nachet, 80 diam.) Pl. I, fig. 1.

La coupe présente l'aspect d'un tissu formé de deux zones distinctes. L'une constituée par un tissu d'apparence fibrillaire (sarcome) ; l'autre formée d'éléments cellulaires anastomosés les uns avec les autres et donnant à l'ensemble de la région une apparence étoilée.

Ces deux zones laissent voir des lacunes vasculaires de dimensions variables, mais plus abondantes dans la partie correspondant au sarcôme. On ne trouve aucun autre élément que les deux décrits ci-dessus.

2° Examen à l'aide d'un grossissement supérieur (objectif n° 5, ocul^re n° 1, Nachet, 350 diamètres).

A. *Portion sarcomateuse*, pl. I, fig. 3. Elle est formée d'éléments fusiformes accolés les uns aux autres (sarcôme fasciculé) possédant un noyau volumineux avec nucléole et l'on y remarque un assez grand nombre d'orifices vasculaires à parois complètement embryonnaires.

Ce tissu sarcomateux fasciculé se confond sans lignes de démarcation et insensiblement avec la zone suivante.

B. *Portion myxomateuse*, pl. I, fig. 2. — Formée par un tissu conjonctif fibrillaire lâche à filaments anastomosés constituant un reticulum très délicat, dont les mailles sont remplies d'une matière muqueuse et granuleuse au milieu de laquelle sont plongées des cellules ovoïdes avec noyau et nucléole. Leur diamètre longitudinal est de 20 à 25 millièmes de millimètre et leur diamètre transverse de 10 à 12.

On trouve encore d'autres cellules plus petites plongées dans la gangue fibrillaire conjonctive à l'intersection des filaments.

Notons enfin la présence de dilatations vasculaires considérables à parois embryonnaires reconnaissables à leurs noyaux allongés. Quelques points de la tumeur dans une petite étendue sont uniquement formés de tissu embryonnaire à petites cellules rondes.

Cette analyse histologique nous conduit à ranger la tumeur étudiée dans la catégorie des myxo-sarcomes..

EXPLICATION DE LA PLANCHE I (fig. 1 à 4 inclus).

MYXO-SARCOME DE LA PULPE DU DOIGT

Fig. 1. — Vue d'ensemble (Objectif 1. Oculaire 1. Nachet, 80 diamètres).
1. Tissu d'apparence fibrillaire contenant des cellules et
2. Des orifices vasculaires à parois embryonnaires.
3. Tissu formé d'éléments cellulaires anastomosés.

Fig. 2. — (Ocul. 1. Obj. 5, Nachet, 350 diam.) Tissu myxomateux
1. Cellules contenues dans un tissu conjonctif fibrillaire à l'intersection des ligaments.
2. Noyaux de ces cellules.
3. Cellules plus volumineuses plongées dans une substance homogène et légèrement granuleuse.
4. Substance homogène contenue dans les mailles du tissu.

Fig. 3. — 350 diamètres. Zone sarcomateuse à petites cellules se continuant sans lignes de démarcation avec le tissu précédent.
1. Tissu myxomateux.
2. Tissu sarcomateux.
3. Orifices vasculaires à parois embryonnaires caractéristiques.

Fig. 4. — Obj. 7, à immersion. Nachet, 500 diam. Grosses cellules de la région myxomateuse.

FIBROME.

Dans le Dictionnaire de médecine pratique, Heurtaux donne du fibrome la définition suivante :

« Tumeur constituée par des éléments de tissu con-
« nectif à un état de complet développement et à un
« degré de condensation plus ou moins développé. »

Cette définition, en tant qu'histologique, nous paraît excellente ; mais les cliniciens n'y trouveront certainement pas leur compte.

Or, donner une définition clinique du fibrome ne nous paraît possible qu'à la condition d'énumérer tous les symptômes de ces tumeurs. Nous renvoyons donc à la symptomatologie.

Dans le sujet qui nous occupe, moins encore que partout ailleurs, il n'existe de symptômes pathognomoniques de telle ou telle espèce de tumeur; ce n'est que sur l'ensemble et surtout sur la comparaison des symptômes que le diagnostic pourra être tenté.

Variétés et anatomie pathologique. — Nous venons de donner la composition histologique du fibrome type.

Ici encore, comme pour le sarcome, on a décrit des variétés basées sur des altérations ou des transformations du fibrome type.

Nous les énumérons, car ces variétés présentent parfois des symptômes cliniques différents sur lesquels nous aurons à revenir :

1° Un fibrome peut subir l'infiltration séreuse. La tumeur présente alors une mollesse pouvant aller jusqu'à la fluctuation. C'est à cette variété que l'on a donné le nom de collonema (J. Müller), de tumeur colloïde, fibrocolloïde.

2° On a noté la transformation muqueuse due à l'infiltration de la substance intercellulaire par du mucus (fibrome myxomateux de Virchow).

3° Un fibrome peut renfermer un ou plusieurs kystes.

Ceux-ci s'observent surtout dans les fibromes assez vasculaires et sont le résultat d'épanchements sanguins;

4° Le fibrome peut aussi être atteint de dégénérescence graisseuse, ce qui lui donnera une coloration jaunâtre opaque et une friabilité très grande ; ou de dégénérescence calcaire ou osseuse et les caractères physiques qu'il présentera alors seront tout différents de ceux observés dans le premier cas.

Les fibromes se développent en général dans le tissu fibreux normal ou du moins dans des tissus se rapprochant beaucoup de celui-ci.

C'est ainsi qu'aux mains on a rencontré le fibrome dans la couche profonde du derme, sur l'aponévrose palmaire, sur les tendons, sur les gaines tendineuses et sur le périoste. Cette multiplicité, au point de vue de l'implantation du néoplasme, entraîne des signes bien différents en ce qui concerne la mobilité de la peau sur la tumeur et de la tumeur sur les parties sous-jacentes.

Nous avons dit plus haut que les fibromes étaient en général des tumeurs peu vasculaires. Cependant, dans certains cas, on a noté des dilatations vasculaires assez nonbreuses qui exposent à des hémorrhagies parfois sérieuses soit par suite d'ulcération, soit comme conséquence d'intervention chirurgicale.

Nous reviendrons sur ce point en traitant de la terminaison et du pronostic.

Symptômes. — Nous suivrons encore ici la marche adoptée pour l'étude des autres tumeurs : nous décrirons le fibrome type, le fibrome fasciculé de Cornil et Ranvier,

nous réservant de revenir sur ce que la symptomatologie a d'incertain, au chapitre du diagnostic différentiel.

Le fibrome se présente à la main et aux doigts sous l'aspect d'une tumeur le plus souvent résistante, arrondie, pédiculée ou sessile, mais à bords en général assez aisés à limiter, uni à la surface, quelquefois lobulé mais moins que le lipome, sans adhérence à la peau si la tumeur n'a point son origine dans cette partie de la région. La mobilité sur les parties sous-jacentes dépend, ainsi que nous l'avons dit, du point d'implantation du néoplasme. D'une façon générale le fibrome qui reste en général petit, peut, s'il augmente de volume, comprimer les organes voisins, mais ne les envahit pas comme le sarcome et surtout le carcinome.

Le plus souvent la douleur fait défaut, à moins qu'il n'existe une compression de filets nerveux. Il n'y a ni engorgement ganglionnaire, ni retentissement sur la santé générale.

La marche de ces néoplasmes est des plus lentes. Il arrive fréquemment que la tumeur existe depuis 7, 8, 10, 12 ans quand le malade vient consulter le chirurgien.

Dans le cas de Guérin (B. S. Ch. 1864), le début remontait à 40 ans ; mais le fibrome était ulcéré. Dans le cas de M. Després, communiqué à la Société anatomique en 1876 par M. Monod, il s'agissait d'un fibrome vasculaire du doigt qui avait débuté en 1831, 33 ans avant. La peau était lisse, tendue, violacée au niveau de la tumeur, mais il n'y avait pas d'ulcération.

Quant à l'ulcération, elle est le résultat non pas de l'envahissement de la peau par la tumeur, surtout si

celle-ci est sous-cutanée, mais bien de l'étranglement des vaisseaux de la peau par le fait de la compression exercée sur celle-ci par la tumeur. Il y a en quelque sorte gangrène limitée et gangrène par ischémie.

Il faut donc pour que l'ulcération se produise que la tumeur ait acquis un volume considérable, cas qui se rencontre rarement d'abord en raison du développement très lent des fibromes, ensuite parce que le malade demande généralement à être débarrassé de sa tumeur avant que celle-ci n'ait pris un développement trop considérable.

Terminaison et pronostic. — Nous l'avons dit, le fibrome n'a pas de retentissement sur la santé générale.

Il n'est pas rare de voir des malades porteurs de fibromes remontant à 10, 12, 15, 20 ans et plus et n'accusant d'autres troubles que la gêne fonctionnelle qui peut résulter de la présence de la tumeur.

Lorsque les fibromes sont de petit volume, le malade les garde sans en parler, les ignorant parfois et nous avons tous vu dans les salles d'autopsie des molluscum et de petits condylomes qui n'avaient pas été accusés par le malade pendant son séjour à l'hôpital et qui avaient passés inaperçus.

Ainsi, marche très lente, ulcération très rare, indolence, absence d'engorgement ganglionnaire, pas de retentissement sur la santé générale, voilà autant qu'il en faut pour porter un pronostic favorable. Et de fait les fibromes sont les tumeurs les plus bénignes que nous connaissions aux mains, plus bénignes même que les lipomes parce qu'ils se développent plus lentement qu'eux.

Toutefois sans rendre le pronostic fâcheux les faits suivants doivent être pris en considération :

1° Développement considérable de la tumeur, gêne fonctionnelle considérable;

2° Ulcération possible comme conséquence de ce développement.

Or, l'ulcération peut dans certaines parties du corps, difficilement abordables, entraîner de graves conséquences par le fait d'un suintement qui affaiblira le malade ou d'hémorrhagie possible si l'on a affaire à un fibrome vasculaire.

Mais, à la main, aux doigts, l'intervention est des plus aisées.

Traitement. — Quand cette intervention sera-t-elle indiquée?

Toutes les fois que la tumeur déterminera une gêne fonctionnelle notable, ou qu'elle prendra un accroissement considérable.

Si le fibrome ne se développe pas, si la gêne fonctionnelle est peu notable, inutile d'intervenir, surtout si le malade présente les signes et les symptômes d'une affection diathésique, s'il est âgé et en particulier si c'est un alcoolique. L'alcoolisme est d'ailleurs une contre-indication générale à toute opération qui peut être évitée.

Quant au mode d'intervention il variera avec chaque cas particulier. Enucléation si l'on peut éviter d'atteindre des organes importants. Amputation dans d'autres cas.

D'ailleurs la multiplicité et l'efficacité des pansements anti-septiques dont nous disposons aujourd'hui rendent

beaucoup moins sérieuse qu'autrefois une intervention chirurgicale.

Obs. II. — (Personnelle.)

X..., 49 ans, lingère.

Constitution générale bonne. A eu une fièvre typhoïde à 22 ans et une pneumonie à 37 ans. Dit n'avoir jamais eu la syphilis. Le père de cette malade est mort à la suite d'un accident; la mère vit encore.

Il y a deux ans, au mois de novembre 1877, la dame X... s'est aperçu d'une certaine gêne dans les mouvements de l'index de la main droite, et son attention étant ainsi appelée sur cet organe, elle a constaté la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'un pois, siégeant à l'index, au niveau de l'articulation des deuxième et troisième phalanges.

La malade ne se rappelle pas s'être donné de coup violent sur cette région.

La tumeur a grossi progressivement et au moment où la malade réclame l'intervention chirurgicale (décembre 1879), elle atteint le volume d'un gros haricot.

La tumeur est résistante, à bords assez nettement limités. On constate assez aisément que la peau est mobile sur la tumeur et que celle-ci présente des adhérences assez intimes avec les parties sous-jacentes probablement le tendon fléchisseur.

L'opération est faite le 26 décembre par M. le docteur Latteux.

La plaie se cicatrise rapidement et la malade reprend ses occupations au bout de trois semaines.

Examen histologique. — Durcissement par les procédés habituels. Pl. II, fig. 1 à 4 inclus.

Structure extrêmement simple. D'un côté des zones de tissu conjonctif compact, de l'autre un tissu également fibreux, mais avec de nombreuses traînées d'éléments embryonnaires.

A. *Tissu conjonctif compact.* — Cette tumeur qui était adhérente aux gaines tendineuses, montre en certains points l'apparence compacte inhérente à cette région; la coloration du tissu par le picro-carminate revêt alors une teinte jaunâtre. Dans les points

les plus éloignés le tissu, bien que très homogène, conserve cependant l'aspect fibreux et se colore en rose.

B. *Eléments embryonnaires.* — On les rencontre dispersés sans ordre dans toute l'étendue de la préparation, soit sous forme de traînées, soit sous forme d'îlots plus ou moins irréguliers. Quelques points très intéressants présentent des amas de cellules bien limités contenues dans des espaces plasmatiques dilatés.

Cette tumeur essentiellement fibreuse rentre évidemment dans la catégorie des productions bénignes.

EXPLICATION DE LA PLANCHE II (fig. 1 à 4 inclus.).

FIBROME DU DOIGT.

Fig. 1. — Vue d'ensemble. (Ocul. 1. Obj. 1. Nachet, 80 diamètres).
1. Zone périphérique formée d'éléments fibreux condensés.
2. Trainées de cellules embryonnaires disposées irrégulièrement dans la partie centrale de la tumeur.

Fig. 2. — Le point A de la fig. 1, vu à 350 diamètres.
1. Tissu fibreux plus ou moins compact présentant des noyaux allongés.
2. Amas de cellules rondes contenues dans les espaces plasmatiques dilatés.

Fig. 3. — 350 diamètres.
Portion de tissu conjontif contenant disséminées des cellules embryonnaires rondes et présentant des ilôts formés de cellules plus volumineuses plongées au milieu d'une substance amorphe et granuleuse.

Fig. 4. — Le point A de la fig. 3 plus grossi (500 diam.).

NÉVROMES

Définition. — On donne actuellement le nom de névrome à toute production anormale développée dans ou sur un nerf et constituant une tuméfaction plus ou moins limitée. (Poinsot. — *Dict. de méd. et de chirurg. pratiques*).

Cette définition est évidemment défectueuse, et nous

comprenons parfaitement l'opposition de Cornil et Ranvier qui n'admettent point cette manière de voir, et réservent le nom de névrome aux tumeurs résultant de l'hyperplasie ou de l'hypergenèse d'éléments nerveux.

Cette définition est parfaitement exacte et ne prête pas à la confusion comme la première, mais celle-ci à l'immense avantage d'être consacrée par l'usage et ne pourrait être abandonnée sans exposer à des confusions regrettables.

Nous n'avons d'ailleurs aucun titre pour repousser une terminologie presque universellement adoptée.

De fait, l'inconvénient est moins grand qu'il ne semble au premier abord et quelle que soit leur constitution histologique on est peu tenté de donner des noms différents à des néoplasmes qui présentent des caractères cliniques analogues.

Mais si on maintient le terme générique de névrome aux tumeurs de diverses natures développées dans ou sur les nerfs, il devient indispensable d'admettre autant de variétés différentes qu'il y a d'espèces particulières de tumeurs développées sur ces organes. C'est ainsi que l'on évitera toute confusion dans les descriptions anatomo-pathologiques dont ces tumeurs font l'objet.

Variétés. — Ceci nous conduit à admettre la classification suivante :

1° Névrome hyperplasique résultant d'une prolifération anormale, d'une hyperplasie des éléments nerveux (Variété excessivement rare).

2° Névrome fibreux résultant de l'hypertrophie du

tissu conjonctif normal qui entre dans la constitution du cordon nerveux affecté;

3° Névrome sarcomateux. Ici les éléments nerveux sont englobés dans du tissu sarcomateux appartenant presque toujours à la variété sarcome fasciculé ;

4° Névrome myxomateux;

5° Névrome kystique. En ce qui concerne cette dernière variété, il y a lieu de faire des réserves. Nous n'avons vu citer dans la science que deux cas, l'un de Beauchêne 1810, l'autre de Bertrand (Diss. inaug. 1837). L'époque relativement reculée de ces observations, l'insuffisance des moyens d'examen dont on disposait alors nous portent à élever quelques doutes sur l'exactitude de faits qui n'ont point été observés depuis.

Fréquence. — Le névrome a été bien rarement rencontré à la main ou aux doigts.

La plupart des observations de névromes avaient pour siège le bras et l'avant-bras, la cuisse et la jambe.

Nous n'avons pu recueillir que 4 cas de névromes de la main.

L'un, dû à Volkmann, paraît se rapporter à la variété sarcomateuse.

Le second, a été reproduit par Tillaux, dans sa thèse d'agrégation l'examen histologique faisait défaut.

Le troisième est dû au Dr Bachon, médecin-major, et a été publié dans le Recueil de mémoires de méd. et de chirur. militaires 1873; il présente des particularités remarquables sur lesquelles nous reviendrons en étudiant les symptômes.

Enfin le quatrième est du professeur Robin (Journal

d'anatom. et de phys. 1870). Ce serait le seul cas que nous ayons rencontré de névrome vrai, de névrome hyperplasique. Encore est-il que l'hyperplasie ne portait point sur le trajet nerveux, mais bien sur les papilles terminales de l'extrémité de l'annulaire gauche.

Symptômes. — La maladie débute tantôt par des engourdissements, des élancements, des douleurs plus ou moins vives qui se localisent en un point fixe ou qui s'irradient dans tout le membre ; tantôt par l'apparition d'une tumeur le plus souvent accompagnée d'élancements ; d'ailleurs ceux-ci peuvent manquer parfois au début, mais ils ne tardent pas à apparaître. La tumeur présente le plus souvent une surface unie, une forme ovoïde, à grand axe parallèle à la direction du nerf sur le trajet duquel la tumeur est située. Ce dernier signe excellent là où les nerfs sont en petit nombre, perd beaucoup de sa valeur à la main et aux doigts où les ramifications nerveuses sont si nombreuses.

Le névrome n'adhère pas à la peau qui conserve sa coloration normale ; cependant on conçoit que si le névrome se développait considérablement il pourrait déterminer du côté de la peau les mêmes phénomènes qu'un fibrome très volumineux. Mais c'est là une vue théorique, car le névrome ne saurait atteindre les dimensions qui ont été citées pour certains fibromes ; la douleur nécessite toujours une intervention chirurgicale entreprise bien avant que la tumeur n'atteigne un volume considérable.

Nous ne parlons que pour mémoire de l'absence d'engorgement ganglionnaire.

La douleur propre aux néoplasmes développés sur les trajets nerveux présente des caractères assez curieux pour que nous y revenions.

Cette douleur peut être spontanée ou provoquée : spontanée, elle peut présenter toutes les formes depuis de simples fourmillements, comparables à ceux que l'on obtient par exemple par la compression du nerf cubital en arrière de l'épitrochlée, jusqu'à des douleurs lancinantes atroces et qui dans certains cas sont telles qu'elles nécessitent une surveillance incessante du patient.

Quant aux douleurs provoquées, on pourra les déterminer chez certains malades par un simple frôlement de la tumeur avec une barbe de plume; dans d'autres cas il faudra pour les déterminer exercer un choc assez violent à la surface de la tumeur. Aronsshon a fait remarquer que les douleurs provoquées ne se produisaient plus si l'on exerçait une compression sur le tronc nerveux affecté, entre le névrome et l'origine du nerf.

La douleur, soit spontanée, soit provoquée, peut être telle qu'elle détermine des accidents épileptiformes, convulsions cloniques et toniques, le plus souvent localisés aux muscles de la région malade.

Ce sujet est important; mais on ne saurait lui attacher de valeur qu'autant que le malade n'aura pas présenté, avant l'apparition du névrome, des convulsions toniques ou cloniques, survenant sous une cause quelconque. Cette remarque trouvera son application, par la suite, à propos d'une observation qui nous a été remise par M. le Dr Gillet de Grandmont.

C'est ici, croyons-nous, qu'il convient de faire res-

sortir deux particularités fort importantes de l'observation de M. Bachon.

Il résulte de la symptomatologie que nous venons de retracer, que dans le névrome, la douleur précédait souvent l'apparition de la tumeur, ou du moins la suivait toujours de très près.

Or, dans l'observation de M. Bachon, l'auteur signale avec soin l'absence de toute douleur spontanée ; cette particularité avait même fait rejeter l'hypothèse de névrome. L'auteur conclut de ce fait que « la douleur n'est pas un caractère distinctif du névrome ».

Il aurait dû au moins ajouter : douleur spontanée; car la douleur provoquée se retrouve dans son observation comme dans toutes celles qu'il nous a été donné de parcourir.

La seconde particularité sur laquelle nous croyons devoir appeler l'attention est celle-ci :

« La peau de la face interne de la main, dit M. Bachon,
« est constamment baignée de sueur ; cette hypersécré-
« tion n'existe pas de l'autre côté et ne s'est montrée à
« la main gauche qu'en même temps que la tumeur. »

Il y a évidemment entre la lésion nerveuse et l'hypersécrétion sudoripare une relation qu'il nous a paru curieux de mettre en relief.

Sans vouloir donner à ce fait plus d'importance qu'il n'en mérite, nous croyons qu'il conviendra de le rechercher dans les observations ultérieures.

Si nous n'avons trouvé ces modifications de sécrétion signalées dans aucune autre observation, il n'en est pas de même des troubles nutritifs de la région malade.

Tous les auteurs ont noté l'atrophie des parties in-

nervées par le nerf malade, et cette lésion de nutrition est bien mise en relief dans l'observation de Volkmann.

Terminaison et pronostic. — En général, nous l'avons déjà dit, le névrome, par la douleur qu'il détermine le plus souvent, nécessite une prompte intervention chirurgicale.

Lorsqu'il siège à la main ou aux doigts, le pronostic est beaucoup moins défavorable que lorsqu'il se développe sur des nerfs profondément situés ; et cela en raison de la facilité de l'intervention chirurgicale.

Mais il est une circonstance qui aggrave toujours le pronostic des névromes, c'est la reproduction possible du néoplasme, soit sur place, soit à distance.

Traitement. — Si le névrome est unique et siège superficiellement, il faudra recourir à l'énucléation ; mais si dans le cours de l'opération, on reconnaît que la lésion porte sur toute l'épaisseur du tronc nerveux, on devra substituer à l'énucléation l'extirpation avec section de la portion du nerf où siège la tumeur.

La section du nerf au-dessus de la tumeur est un mauvais procédé qui ne saurait être employé que lorsqu'on ignore le siège exact du névrome ; ce n'est généralement pas le cas à la main ; aussi ne faisons-nous que signaler ce procédé pour mémoire.

La destruction par les caustiques présente les mêmes désavantages que ceux signalés à propos des autres tumeurs ; de plus, si le névrome a été la cause de convulsions cloniques et toniques, nous croyons que la cautérisation ne pourrait que rappeler les accidents.

CARCINOMES ET CANCROÏDES

A. *Carcinomes.*

On a beaucoup écrit sur le carcinome, et cependant il s'en faut encore de beaucoup que la lumière soit faite sur la question.

Sans vouloir passer en revue les différentes opinions émises sur la nature même du cancer et sur son évolution, opinions inspirées beaucoup plus souvent par des vues théoriques que par l'observation des faits, nous dirons qu'actuellement ce point de doctrine, bien que dégagé d'un grand nombre d'erreurs et d'incertitudes, reste encore plongé dans une certaine obscurité.

Sur ce point comme sur tous les autres, la plupart des auteurs, suivant qu'ils étaient cliniciens ou histologistes, se sont placés, dans l'étude qu'ils ont faite du carcimone, à l'un de ces points de vue, à l'exclusion de l'autre. Peut-être est-ce la véritable raison à laquelle doit être imputé le peu de progrès réalisé dans l'étude de ce néoplasme.

Cliniquement, nous ne définirons pas le cancer; car si la plupart des symptômes qui lui ont été assignés comme propres (tels que accroissement graduel, tendance à l'ulcération, envahissement des tissus circonvoisins, reproduction sur place ou à distance, engorgement ganglionnaire, cachexie) se rencontrent dans le carcinome, ils n'en sont pas absolument caractéristiques et peuvent être observés, quoiqu'exceptionnellement, dans

d'autres néoplasmes. En fait, cliniquement, c'est moins sur tel ou tel de ces symptômes que sur leur ensemble qu'il convient de baser le diagnostic.

Histologiquement, donner une définition exacte du carcinome serait peut-être moins difficile; mais il faudrait alors séparer du carcinome proprement dit le cancroïde ou carcinome épithélial, qui cependant présente des analogies cliniques assez nombreuses avec le premier.

C'est cette méthode que nous adopterons cependant, et nous décrirons séparément le carcinome et le cancroïde. Disons de suite que le premier est aussi rare à la main que le second y est fréquent.

Nous n'avons pas à revenir ici sur les idées complètement abandonnées aujourd'hui de Lebert sur la structure intime du cancer.

On est assez d'accord actuellement pour admettre que si l'on peut caractériser histologiquement le cancer, c'est moins par la forme particulière de tel ou tel élément anatomique que par l'arrangement réciproque de ces éléments.

Nous adopterons donc la définition de Cornil et Ranvier :

« Le carcinome est une tumeur composée d'un stroma
« fibreux limitant des alvéoles qui forment, par leur com-
« munication, un système caverneux; ces alvéoles sont
« remplies de cellules libres les unes par rapport aux
« autres dans un liquide plus au moins abondant. »

Variétés. — Nous ne passerons pas en revue les diverses variétés de carcinome décrites, et cela pour deux raisons :

La première, c'est que cette classification est connue de tous, et qu'on la retrouve dans tous les ouvrages spéciaux ; la seconde, c'est qu'en présence de l'extrême rareté du carcinome à la main, cette étude serait sans intérêt pratique.

Nous nous contenterons d'indiquer à la symptomatologie les principaux symptômes propres aux variétés de carcinomes observées jusqu'à ce jour à la main et aux doigts.

Fréquence. —Nous l'avons dit, le carcinome est excessivement rare aux mains.

Si on laisse de côté les tumeurs décrites sous le nom de tumeurs céphaloïdes, de tumeurs cancéreuses, de cancers encéphaloïdes, par Rognetta (1831), par Tessier (1834), par Nivet (1837), par Denonvilliers (1843), par Jobert de Lamballe (1843), par Huguier (1847), par Jobert de Lamballe (1852) et par Gerdy (1852), et dont les observations peu détaillées, souvent obscures, sans examen histologique sérieux, ne permettent pas d'affirmer la nature, il ne reste, à notre connaissance, que quatre observations de cancer de la main.

1° Cancer mélanique de la paume de la main, Marjolin et Blandin, 1829.

2° Cancer de la main, Chassaignac, 1852.

3° Cancer mélanique du pouce, Monod, 1855.

4° Cancer pseudo-mélanique de la paume de la main, Lebert, 1857.

Encore est-il que si nous reproduisons ici ceux des cas qui nous semblent le moins douteux c'est pour ne pas nier absolument la possibilité du carcinome de la main.

Mais nous sommes assez peu convaincu pour faire les réserves les plus formelles sur ce point.

La multiplicité des tumeurs décrites sous le nom de cancers alors que l'histologie n'existait pas ou était à l'état embryonnaire, et la rareté, nous pourrions presque dire l'absence absolue d'observations contemporaines, voilà deux faits bien dignes de fixer l'attention, et qui nous portent à nous demander si les auteurs qui écrivaient il y a quarante ans n'ont point englobé sous le titre de cancers les tumeurs les plus variées. Quoi qu'il en soit, nous donnerons ici une description succincte des symptômes que présente le carcinome.

Symptomatologie. — L'une des tendances les plus remarquables du carcinome est d'envahir les tissus voisins avant même que la tumeur ne soit très développée. Aussi devra-t-on tenir compte pour le diagnostic du peu de mobilité de cette tumeur, surtout s'il est reconnu que celle-ci n'a pas son point de départ dans le squelette.

Le carcinome s'accompagne le plus souvent de douleurs les unes sourdes, les autres lancinantes; ces dernières sont les plus fréquentes; la coexistence de ces deux variétés est un bon signe de diagnostic. Sans doute on rencontre bien aussi des douleurs dans les autres productions pathologiques, mais ces douleurs, dues le plus souvent à des compressions de filets nerveux ne s'observent guère que lorsque la tumeur a acquis un certain développement.

Le carcinome s'ulcère. Mais on ne peut en bonne justice invoquer ce signe pour établir un diagnostic; car toute tumeur peut s'ulcérer. De plus certains malades

meurent de cachexie cancéreuse avant de présenter la moindre ulcération. Dans ce dernier cas il convient de tenir grand compte de l'adhérence de la tumeur à la peau.

Quand l'ulcération se produit elle se présente sous l'aspect d'un ulcère à surface sanieuse, irrégulière, à bords saillants, tantôt pâle, tantôt rouge; la base est dure, parsemée en certains points d'anfractuosités, en d'autres de bourgeons charnus exubérants qui peuvent devenir le siège d'hémorrhagies graves. L'ulcération ne sécrète pas de pus véritable, mais bien un liquide terne, séreux, grisâtre ou sanguinolent que l'on a nommé ichor cancéreux et qui dégage une odeur fétide toute particulière.

L'engorgement ganglionnaire s'observe dans le carcinome; il est vrai qu'il s'observe aussi dans bien d'autres tumeurs.

On a cherché à expliquer ce fait en disant que dans es tumeurs dites bénignes l'engorgement ganglionnaire se faisait par retentissement inflammatoire et sur des ganglions très voisins de la production pathologique; qu'un seul ganglion, ou du moins un très petit nombre étaient atteints, qu'ils étaient peu indurés, mobiles, sans adhérences à la peau, sans tendances à l'ulcération, et que leurs altérations disparaissaient quand on enlevait la tumeur.

Tout au contraire dans le carcinome les ganglions se prennent à distance, ils s'indurent, contractent des adhérences avec la peau, tendent à la suppuration et ces altérations, consécutives à l'infection cancéreuse transmise par les vaisseaux lymphatiques, loin de tendre à dispa-

raître par l'ablation de la tumeur première, deviennent le point de départ de nouvelles productions cancéreuses.

D'où résulte que l'engorgement ganglionnaire dans le carcinome est une contre-indication à toute intervention chirurgicale.

A tous ces symptômes il convient d'ajouter la cachexie cancéreuse connue de tous et dont nous ne croyons pas devoir rappeler ici les signes, cette énumération nous entraînant trop loin de notre sujet.

Pronostic. — Le pronostic est des plus graves.

En présence d'un carcinome bien constaté le médecin ne doit songer qu'à soulager, qu'à retarder par une opération opportune les progrès de la maladie. Mais il ne doit pas s'illusionner sur les chances de récidive du mal. Elles sont tellement nombreuses que certains chirurgiens semblent croire que tout carcinome qui ne récidive pas dans un temps plus ou moins long après l'ablation n'était pas un carcinome.

Peut-être cette opinion est-elle trop absolue, surtout si l'intervention a eu lieu avant l'engorgement ganglionnaire.

Quoi qu'il en soit, si l'on considère la région qui nous occupe, on comprend aisément qu'une intervention rapide et énergique soit ici plus aisée qu'en tout autre point.

Mais ce faible avantage ne nous porte pas à modifier la gravité du pronostic.

Traitement. — L'intervention chirurgicale est le seul traitement à employer.

Ici plus encore que partout ailleurs cette intervention doit être rapide. Il faut agir avant l'envahissement des ganglions par la matière cancéreuse ; car après cet envahissement une intervention serait inutile et ne présenterait plus que des dangers qui lui sont propres sans les avantages de survie qu'elle offre dans le premier cas.

Toutefois si les ganglions étaient pris en très petit nombre, s'ils étaient très peu indurés, mobiles sous la peau, peut-être pourrait-on songer à l'ablation de la tumeur en ayant soin d'enlever les ganglions altérés.

Il y a là une question qui ne peut être traitée que dans chaque cas particulier.

B. CANCROÏDES.

Définition. — Le cancroïde ou cancer épithélial est caractérisé par l'infiltration, dans la trame des tissus, d'éléments épithéliaux.

Histologiquement on peut le définir : une tumeur constituée par des cellules épithéliales disposées en couches de revêtement, sans vaisseaux interposés.

Synonymie. — Noli me tangere, chancre malin, ulcère chancreux, ulcère rongeant, cancer cutané, ulcère cancéreux primitif, cancer faux, cancer bâtard (Ecker), épithélioma (Hannover), épithéliome, cancroïde (Lebert), cancer épithélial.

Anatomie et histologie pathologiques. — Si l'on rencontre certaines analogies cliniques entre le carcinome et le

cancroïde, il n'en existe aucune au point de vue de l'anatomie.

Le carcinome renferme des vaisseaux.

Le cancroïde n'en présente pas.

Le carcinome affecte une structure lacunaire tenant emprisonnés des éléments histologiques libres dans ces espaces.

Le cancroïde au contraire présente des éléments anatomiques accolés, déformés par pression réciproque, adhérents les uns aux autres. Et tandis que dans le cancer les éléments histologiques paraissent se fuir, ils semblent s'appeler, se rechercher dans le cancroïde.

Les cellules épithéliales s'imbriquent les unes dans les autres, et de cette sorte d'imbrication résultent ces corps épithéliaux particuliers qui ont reçu le nom de globes épidermiques et que l'on considère comme caractéristiques de l'épithéliome.

Nous ne suivrons pas Cornil et Ranvier dans la classification qu'ils donnent de l'épithéliome.

Nous ne nous occuperons ici que du cancroïde épithélial développé sur la peau.

Le cancroïde peut affecter trois formes différentes :

Forme papillaire ; forme dermique ; forme glandulaire.

Dans la forme papillaire, la lésion porte tout d'abord sur les papilles qui s'hypertrophient ; elle se présente alors sous la forme d'une saillie plus ou moins résistante, qui en augmentant ne tarde pas à déterminer des démangeaisons parfois des plus intenses ; les douleurs véritables sont rares.

Au bout d'un temps plus ou moins long, la tumeur se

fendille, se crevasse, et donne issue à un liquide qui tient en suspension des cellules épithéliales et forme des croûtes par dessiccation.

Pendant ce temps, les cellules épithéliales s'infiltrent dans les tissus voisins.

Dans la forme dermique la lésion, au lieu d'avoir son siège dans les papilles, détermine dès le début, une induration de l'épiderme, du derme et du tissu cellulaire sous-cutané.

Elle se conduit ensuite comme dans la forme papillaire ; elle peut-être diffuse ou circonscrite.

La troisième forme, ou forme glandulaire est constituée par un cancroïde qui se développe, à la peau, dans les glandes sudoripares ou dans les glandes sébacées.

M. le professeur Verneuil a traité ce sujet dans son Mémoire sur quelques maladies des glandes sudoripares, et M. le professeur Broca, en a donné une remarquable description dans son Traité des tumeurs. Il les décrit sous le nom de polyadénomes.

Une de nos observations en fournit un nouvel exemple.

En raison de l'importance du sujet, nous croyons devoir donner quelques développements à cette partie de notre travail.

Mais avant d'aborder l'étude des polyadénomes, nous terminerons en quelques mots ce que nous avons à dire du cancroïde en général.

Fréquence. — D'une façon absolue, le cancroïde est loin d'être rare à la main et aux doigts ; nous n'avons eu aucune peine à recueillir, dans les auteurs français, une

douzaine de cas de cancroïdes parfaitement caractérisés sinon comme forme, du moins en tant qu'épithéliome.

Et encore en avons-nous sans doute omis quelques-uns.

Le cancroïde est donc bien plus fréquent à la main que le carcinome.

Quand à la prédominance de telle ou telle variété, on a soutenu que la forme papillaire était de beaucoup la plus fréquente. Le fait est possible ; mais il conviendrait suivant nous, d'être moins affirmatif, car ce qui a été décrit jusqu'à ce jour sous le nom de forme papillaire pourrait fort bien avoir eu pour point de départ, une altération glandulaire méconnue.

Nous serions assez porté à croire que la forme glandulaire (polyadénome du professeur Broca) est beaucoup moins rare qu'on ne l'a cru d'abord.

Il y aura là des recherches curieuses à faire pour ceux qui viendront après nous, et qui disposeront de matériaux plus nombreux.

Symptomatologie, *marche*, *terminaison*, *pronostic*, *traitement*. — Le reste de l'histoire des cancroïdes, se confond en grande partie avec celle des polyadénomes. Nous réunissons donc ici les deux descriptions, nous réservant de revenir sur les quelques différences à noter, et nous terminons cette partie de notre dissertation par une étude de polyadénomes.

POLYADÉNOMES.

M. le professeur Broca a donné le nom de polyadénomes à des tumeurs constituées principalement par

l'hypertrophie simultanée d'un grand nombre de petites glandes de même nature, très rapprochées les unes des autres.

Les polyadénomes peuvent par conséquent se rencontrer partout où existent des glandes. Nous n'avons à nous occuper ici que de ceux qui se développent dans les glandes de la peau, et qui par suite sont de deux ordres : polyadénome des glandes sudoripares ; polyadénome des glandes sébacées.

Ces deux ordres de polyadénome présentent d'ailleurs la même évolution au point de vue de l'anatomie pathologique et des symptômes cliniques analogues, de telle sorte que le diagnostic différentiel ne peut guère être établi que par l'examen histologique qui révèle la nature sudoripare ou sébacée de la glande altérée.

Mais une distinction beaucoup plus importante au point de vue clinique est celle qui a été établie par M. le professeur Broca entre les polyadénomes circonscrits et les polyadénomes diffus. Nous y reviendrons en faisant l'étude des symptômes.

Anatomie pathologique. — Les glandes sudoripares, comme les glandes sébacées, sont essentiellement constituées par une membrane d'enveloppe et par un revêtement épithélial interne.

Dans les polyadénomes, la lésion consiste surtout en une hypertrophie de l'épithelium, hypertrophie telle que cet épithelium distend la cavité glandulaire, presse sa paroi qui s'atrophie, se rompt, et laisse échapper les cellules épithéliales qui pénètrent dans les tissus voisins. La paroi propre de la glande peut alors être comprimée

par les cellules épithéliales au point de disparaître complètement, et la lésion présente à ce moment l'apparence d'un épithélioma ordinaire, de telle sorte qu'il est parfois impossible de préciser l'endroit où a débuté la prolifération épithéliale.

Ceci explique la réserve que nous avons cru devoir faire en ce qui concerne la fréquence du cancroïde papillaire.

Quand tous les tissus sont envahis, il serait souvent téméraire de préciser le point de départ de la lésion.

Bon nombre des observations que nous avons parcourues et qui sont décrites comme cancroïdes papillaires ou dermiques pourraient fort bien être des cancroïdes glandulaires ou polyadénomes.

D'où cette règle constante de fixer particulièrement son attention dans l'examen histologique sur les limites de l'altération, sur les points ou celle-ci est moins prononcée.

Au point de vue histologique, on trouve des cellules épithéliales plus ou moins déformées et des globes épidermiques. Toutefois ces derniers ne semblent avoir été rencontrés jusqu'à ce jour que dans les polyadénomes sudoripares.

Symptomatologie. — C'est ici qu'il convient de placer la division établie par M. le professeur Broca entre les polyadénomes circonscrits et les polyadénomes diffus.

Dans les premiers, l'altération ne porte que sur un très petit nombre de glandes constituant un groupe bien isolé, bien limité.

La lésion apparaît sous la forme d'une saillie à bords nettement délimités, pédiculée ou sessile.

Dans les polyadénomes diffus, l'altération porte sur une bien plus grande quantité de glandes. Celles-ci forment des groupes rapprochés les uns des autres, et constituant eux-mêmes une masse dure, bosselée, à bords irréguliers, festonnés, et qui, en quelque sorte, se perdent en fuyant dans le derme, sans qu'on puisse arriver à les limiter d'une façon précise.

Entre ces deux types tranchés, on peut trouver toutes les nuances possibles ; car, ainsi que nous allons le voir, si le polyadénome diffus est parfois primitif, il est dans bien d'autres cas, l'aboutissant plus ou moins rapide du polyadénome circonscrit.

Quoi qu'il en soit toutes les fois que la tumeur sera peu volumineuse et bien limitée on devra affirmer l'existence d'un polyadénome circonscrit.

Il existe encore un bon élément de diagnostic, qui malheureusement fait souvent défaut ; nous avons cru toutefois devoir le signaler.

Quand le polyadénome n'est point ulcéré il présente parfois à la surface une multitude d'orifices qui ne sont autres que des orifices glandulaires. Cet aspect particulier permettra au début de différencier un polyadénome d'un fibrome. Ajoutons qu'en raison même de son développement la tumeur siège plus souvent dans le derme et est mobile sur les tissus sous-jacents, pendant tout le temps au moins que l'infiltration épithéliale ne les a pas envahis.

Les polyadénomes, qu'ils soient circonscrits ou diffus, peuvent s'ulcérer.

Mais l'ulcération des seconds est beaucoup plus fréquente et aussi beaucoup plus grave en raison de son étendue.

Les polyadénomes circonsrits s'ulcèrent rarement, ils persistent pendant de longues années, souvent même durant toute la vie, sans changer d'aspect.

Les ulcérations des polyadénomes présentent les mêmes caractères que celles des autres cancroïdes : la tumeur se fendille d'abord ; puis l'ulcération s'étend, les bords sont durs, irréguliers ; la surface de l'ulcère se creuse en profondeur ou bourgeonne sous la forme de champignons en sécrétant une sérosité épaisse, tenant en suspension des cellules épithéliales et formant à la surface des croûtes par dessiccation.

La douleur n'a jamais été observée, croyons-nous, dans le polyadénome circonscrit non ulcéré: peut-être a-t-elle été notée dans le polyadénome diffus. Mais d'une façon générale on peut dire qu'elle ne se produit que quand l'ulcération se manifeste: en effet, on observe alors des douleurs lancinantes assez analogues à celle du carcinome.

Quoi qu'il en soit, il ne serait pas illogique d'admettre la possibilité de la douleur dans des polyadénomes non ulcérés, ceux-ci se développant toujours dans des régions pourvues de nombreux filets nerveux et pouvant par compression déterminer une excitation de ces filets.

L'engorgement ganglionnaire ne s'observe que dans les polyadénomes diffus et ulcérés. Enfin, ajoutons qu'il n'est point rare de trouver chez le même sujet un certain nombre de polyadénomes circonscrits ou diffus.

Fréquence. — Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit de la fréquence attribuée au cancroïde papillaire.

Nous croyons que la question est à revoir de plus près; les difficultés que l'on rencontre pour déterminer le point de départ de la lésion nous paraissent légitimer la plus grande réserve.

Nous ajouterons simplement que dans les 14 observations que nous avons parcourues, on doit croire à une altération des glandes sudoripares dans les cas de Denonvilliers (1854) Lenoir (1854) Huguier (1860) et Bœckel (1865); les autres observations sont beaucoup trop peu détaillées pour permettre la moindre affirmation quant à l'origine du mal.

Pronostic. — Il résulte de l'étude des symptômes.

Ici encore on doit envisager séparément le polyadénome circonscrit et le polyadénome diffus.

Le premier est une affection ordinairement peu grave, lente, ne tendant pas en général à l'ulcération.

Mais on ne doit pas oublier qu'il peut dans des cas rares, il est vrai, passer à l'état de polyadénome diffus.

Le pronostic du polyadénome diffus est grave ; il nénécessite une intervention prompte et radicale.

Traitement. — Nous avons vu que les polyadénomes circonscrits pouvaient persister sans développement et sans ulcération pendant de longues années. Mais cet heureux résultat ne devra être espéré qu'à la condition qu'ils ne seront exposés à aucune irritation.

Il y a donc ici contre-indication absolue à l'usage des caustiques.

En pareil cas il faut s'abstenir.

Si le polyadénome est diffus, ou s'il est circonscrit et ul-

céré il faut avoir recours à une intervention chirurgicale ayant pour conséquence une ablation complète de la partie intéressée.

Si le polyadénome siège sur un doigt, mieux vaudrait encore recourir à l'amputation.

Obs. III. — (Personnelle.)

M. C..., 52 ans, commerçant. Dit n'avoir jamais fait de maladie; pas de syphilis. Le père et la mère de M. C... sont morts de maladies aiguës.

En mars 1878, M. C... reçut un choc violent sur la face palmaire du médius de la main gauche; cette contusion détermina une douleur assez intense qui alla bientôt en s'affaiblissant et disparut au bout de quelques jours.

M. C... ne tarda pas à perdre le souvenir de cet accident.

Mais en juin suivant il commença à s'apercevoir que la face antérieure du médius présentait à la région moyenne de la phalangine une saillie du volume d'un petit pois; cette saillie n'était pas douloureuse à la pression, mais à certains moments elle devenait le siège d'élancements assez intenses.

Pendant un an, la tumeur augmenta en présentant toujours les mêmes symptômes, et en octobre 1879 elle offrait le volume d'une noisette, elle gênait un peu les mouvements du médius, était toujours le siège de douleurs lancinantes. La peau à sa surface n'était pas ulcérée mais elle était tendre et légèrement violacée.

La tumeur semblait s'être développée dans l'épaisseur du derme, mais elle était mobile sur les tissus sous-jacents.

Le volume de cette production, la gêne fonctionnelle qui en résultait et les douleurs lancinantes ressenties par le malade étaient autant d'indications d'intervention chirurgicale; celle-ci fut pratiquée le 23 octobre 1879.

Analyse histologique. — Même préparation et même mode d'examen que dans les tumeurs précédentes. (Pl. III.)

Cette tumeur présente un aspect très homogène dans toute son étendue. Du volume d'une noisette, elle est entourée d'une coque fibreuse envoyant intérieurement d'assez nombreuses cloisons dont

l'ensemble partage le tissu en un certain nombre de lobules uniquement formés d'éléments cellulaires.

A. Portion fibreuse (enveloppe et cloisons intérieures). Tissu conjonctif compacte sans apparence de cellules embryonnaires.

B. Eléments cellulaires composés de cellules soudées les unes aux autres présentant un, deux ou trois noyaux volumineux. Quelques cellules même laissent voir des nucléoles devenus vésiculeux. Notons enfin, chose capitale, la présence de nombreux globes épidermiques distribués sans ordre au milieu des îlots et l'absence de vaisseaux.

L'ensemble de ces éléments évidemment épithéliaux (cellules et globes épidermiques) ainsi que l'absence de vaisseaux ne laisse aucun doute sur le diagnostic. Les cloisons fibreuses établissant divers départements dans l'ensemble de la tumeur nous la font classer dans l'épithéliome lobulé.

EXPLICATION DE LA PLANCHE III.

ÉPITHÉLIOME LOBULÉ.

Fig. 1. — Coupe transversale de la tumeur, vue d'ensemble. 80 diam.
1. Coque fibreuse, envoyant intérieurement des prolongements partageant l'ensemble du tissu en un nombre considérable de loges de volumes différents.
2. Globes épidermiques.
3. Cellules épithéliales. — Pas de vaisseaux.

Fig. 2. — Le point A de la fig. 1, vu à 350 diamètres, montre un globe épidermique entouré de cellules possédant un ou plusieurs noyaux.

Fig. 3. — 500 diamètres. Cellules épithéliales isolées après macération dans l'alcool au tiers.

Fig. 4. — Gros globle épidermique et cellules ambiantes.

Observation IV. — (Personnelle.)

M. M..., 44 ans, employé dans une grande administration.

Le 5 novembre 1879, M. M... est mordu par son chien dans l'espace intermétacarpien qui sépare le premier du deuxième métacarpien de la main droite. Hâtons-nous de dire que le chien ne

présenta, par la suite, aucun signe d'hydrophobie. La plaie était petite et donna issue à une très minime quantité de sang.

La cicatrisation se fit rapidement; néanmoins, lorsque M. M... pressait la partie lésée, il éprouvait une douleur assez notable; puis au bout d'un mois il constata au toucher une petite saillie dure faisant corps avec la peau, mais mobile sur les parties sous-jacentes. Bientôt cette tumeur s'accrut et acquit le volume d'un gros pois.

La douleur à la pression persistant le malade réclama l'intervention chirurgicale qui fut pratiquée le 10 avril suivant par M. le Dr Latteux.

On chercha à énucléer la tumeur, mais celle-ci était très adhérente aux couches superficielles du derme et elle s'ouvrit lorsqu'on incisa la peau. Il en sortit un liquide assez épais, filant et tenant en suspension des éléments organiques solides.

Le reste de la tumeur qui était incluse dans le derme fut énucléé.

Les bords de la plaie traitée par les irrigations continues d'eau froide se réunirent par première intention.

Analyse histologique. — Même préparation et même mode d'examen que dans les tumeurs précédentes. (Pl. I, fig. 5 et 6.)

Ce genre de tumeur que nous avons observé plusieurs fois s'est toujours rencontré avec les mêmes caractères.

Le kyste, étant coupé dans toute son épaisseur, présente en allant de dehors en dedans :

1° Deux ou trois couches de cellules aplaties d'épithélium pavimenteux stratifié, engrenées mutuellement et munies d'un noyau peu apparent;

2° Une zone très épaisse constituée par du tissu épithélial corné dont les couches les plus internes, desquamées, forment au milieu du kyste une bouillie épaisse.

EXPLICATION DE LA PLANCHE I (fig. 5 et 6).

KYSTE ÉPITHÉLIAL CORNÉ.

Fig. 5. — Coupe transversale du kyste, vue d'ensemble. (Obj. 0. Ocul. 1, Nachet, 30 diamètres.)

1. Cellules épithéliales pavimenteuses stratifiées, formant extérieurement une couche incomplète, interrompue en plusieurs points de la périphérie.

2. Couche cornée épaisse, formée de couches concentriques, constituant en réalité la paroi du kyste.

Fig. 6. — Ocul. 1. Obj. 5. Nachet, 350 diamètres.

1. Cellules épithéliales pavimenteuses superposées en plusieurs couches, engrenées à l'aide de dentelures et laissant voir un noyau à contours peu accentués.
2. Cellules cornées.
3. Détritus formés de cellules épithéliales tombées dans l'intérieur du kyste.

Observation V.

Nous l'avons dit au début de ce travail. Cette observation présente trois phases bien distinctes.

A la première se rattachent les phénomènes de début de la lésion, observés par M. le Dr de Ranse, la première intervention chirurgicale et l'analyse histologique de la tumeur enlevée.

La seconde comprend l'histoire de la première récidive, l'ablation de la tumeur faite par M. le professeur Broca et l'analyse histologique de la pièce.

Enfin la troisième a trait à une nouvelle récidive du néoplasme, observée et traitée par M. le Dr Gillet de Grandmont.

Nous décrirons donc successivement ces trois phrases en faisant remarquer que la première a été observée en avril 1876, la seconde en octobre de la même année, et la troisième en juin 1877.

Obs. V. — M. X..., 22 ans, grand, parfaitement constitué, aux mains largement développées, a présenté à la fin de son adolescence quelques accidents de mal comitial.

Il y deux ans, en 1874, M. X... faisait son volontariat. Un jour qu'il se livrait à l'exercice de la baïonnette, il reçoit d'un de ses camarades un coup de cette arme qui l'atteint à la partie dorsale de

l'index droit, au niveau de l'articulation des deux dernières phalanges. Le doigt appliqué en ce moment contre la crosse du fusil est comprimé entre cette pièce et l'arme. La pointe de celle-ci fait à la région dorsale une plaie dont le malade ne peut déterminer ni l'étendue ni la profondeur, il ne peut dire à plus forte raison si l'articulation a été intéressée. Il se souvient simplement qu'il y a eu une plaie, que le chirurgien l'a pansé avec des bandelettes de diachylon et que, au bout de quelques jours, la réunion et la cicatrisation étaient complètes.

Du côté de la face palmaire il se rappelle avoir observé une petite élevure, avec une coloration noirâtre ou violacée, ayant, dit-il, « l'aspect d'un petit suçon ». Depuis lors il a senti une gêne légère quand il appuyait plus ou moins fortement sur la pulpe du doigt.

Plus tard il s'est aperçu que cette gêne tenait à la présence d'un petit corps dur situé assez profondément dans la pulpe. Ce corps a augmenté de volume et naturellement la gêne qu'il provoquait est devenue plus grande.

M. X... est dans le commerce et il est telle chose inhérente à sa profession qu'il commençait à avoir de la peine à faire. Il est donc venu consulter M. le Dr de Ranse et, sur l'avis de ce praticien distingué, que l'ablation seule du corps en question pourrait lui rendre la liberté entière de son index, il s'est décidé à se laisser opérer.

Voici d'ailleurs quel était l'état du doigt au moment de l'opération.

En examinant la pulpe, on observe tout d'abord une saillie anormale au-dessous de l'articulation de la dernière phalange. En pressant à ce niveau avec le doigt perpendiculairement à la face palmaire on a la sensation d'un corps dur arrondi et l'on provoque chez M. X... une vive douleur.

La pression exercée latéralement d'un côté à l'autre n'éveille aucune douleur et fait glisser sous la peau le corps étranger qui vient faire une plus forte saillie du côté opposé à la pression. Cette mobilité du corps, assez grande latéralement, l'est moins suivant l'axe du doigt, surtout quand on tend à l'éloigner de l'articulation de la phalangette. L'idée que l'on se fait de la forme générale de la petite tumeur est celle d'un corps lenticulaire. L'épaisseur de la couche pulpeuse qui le recouvre ne permet pas d'apprécier exactement ni son degré de dureté ou de rénitence, ni son volume.

Le diagnostic ne laisse pas de présenter quelques difficultés.

Nous observons à la partie latérale de la pulpe du doigt une cicatrice linéaire sur laquelle M. X... ne peut nous fournir aucun renseignement. Y a-t-il eu là une porte d'entrée à un corps étranger qui se serait enkysté au milieu du tissu cellulo-graisseux souscutané? Ce corps étranger serait-il simplement une petite esquille de la phalangette qui se serait détachée au moment de l'accident rapporté plus haut? ou bien encore sous l'influence du traumatisme un diverticulum de la synoviale tendineuse qui entoure les tendons du fléchisseur profond a-t il fait hernie à travers les cloisons cellulo-fibreuses de la pulpe digitale et est-il devenu l'origine d'un kyste? L'adhérence du corps à l'extrémité supérieure de la phalanguette qui limite sa mobilité dans le sens longitudinal donnerait quelque raison à cette manière de voir. Enfin, l'épanchement de sang qui semble s'être fait dans la pulpe du doigt au moment de l'accident s'est-il complètement résorbé et est-il devenu le point de départ d'un kyste? C'est peut-être encore là l'opinion la plus probable.

L'examen anatomique et histologique de la pièce pourra seul résoudre la question. Quoiqu'il en soit, l'indication thérapeutique est claire, précise ; le kyste grossit et cause une gêne de plus en plus grande ; il faut l'enlever.

La petite opération a été des plus simples. Après avoir anesthésié l'extrémité du doigt en le faisant plonger dans un mélange réfrigérant de glace et de sel, M. de Ranse fait sur la pulpe digitale, à partir d'un demi-centimètre environ au-dessus du pli articulaire, une incision longitudinale d'un centimètre et demi. Elle a dû être assez profonde pour arriver jusqu'au kyste. Une petite incision latérale, perpendiculaire à la précédente, a donné à la boutonnière assez d'étendue pour que, pressé latéralement entre deux doigts, le kyste soit venu faire hernie à travers cette boutonnière. On l'a alors saisi avec une pince et on a facilement détaché les adhérences qui le retenaient, particulièrement au niveau de l'insertion du tendon du fléchisseur profond.

M. de Ranse n'a pas cherché à obtenir la réunion immédiate. Après avoir lavé la petite plaie avec de l'eau alcolisée, il y a introduit un petit bourdonnet de charpie et il a entouré le doigt et la main d'une couche épaisse de ouate. La douleur a été assez vive le premier et le second jour, sans cependant que des phénomènes de

réaction générale se soient produits. Puis elle a disparu et après cinq ou six jours la réunion était complète.

Le kyste présentait le volume d'un gros noyau de cerise. Il s'est ouvert sous le mors des pinces pendant que l'on détachait les adhérences. Le contenu présentait, en petit, une certaine analogie avec celui des ganglions du poignet.

Analyse microscopique (pl. IV). — La pièce conservée dans l'alcool faible n'a pu malheureusement être aussitôt étudiée, ce qui n'a pas permis de vérifier la nature des éléments occupant le centre du kyste.

L'ensemble de la pièce a donné lieu néanmoins à une analyse fort intéressante.

Après avoir opéré le durcissement selon les procédés habituels (alcool, acide picrique, gomme, alcool à 40°), nous avons pratiqué un grand nombre de coupes intéressant toute la masse de la tumeur.

Tout d'abord à l'examen microscopique nous constatons que les coupes se présentent sous forme d'anneaux ovoïdes indiquant de la façon la plus nette que nous avons affaire à une tumeur kystique dont la paroi présente une épaisseur de 1 millimètre environ.

Comme dimensions le grand diamètre est de 7 millimètres et le petit de 3.

Après avoir traité les coupes, dégommées dans l'eau, par le picro carminate et les avoir éclaircies par la glycérine, nous les avons d'abord examinées avec un grossissement faible (obj. o de Nachet, ocul. 1). La circonférence se montre alors composée de deux couches, l'une externe, colorée en rose par le picro-carminate est de nature conjonctive ; l'autre interne, teintée de jaune et sur la nature de laquelle nous discuterons tout à l'heure.

Comme apparence générale on dirait un kyste ordinaire tapissé de son épithélium, mais on verra que les choses ne sont pas aussi simples (pl. IV, fig. 1 *a*, *b*).

1° *Couche externe ou conjonctive.* — Elle est formée de faisceaux de tissu conjonctif accolés, à fibres plus ou moins ondulées et généralement assez distinctes. Sur une partie du pourtour, le tissu devient plus dense.

Avec un grossissement de 350 diamètres, on constate qu'en des points nombreux il s'est formé des lacunes par suite de l'écarte-

ment des fibres conjonctives et que les espaces ainsi créés sont remplis de noyaux analogues à ceux que nous décrirons dans la couche interne. Ils sont cependant un peu plus petits (pl. IV, fig. 2, *a*). Ces lacunes d'une forme très irrégulière et de dimensions fort variables renferment plus ou moins de noyaux. Il en est dont la coupe allongée ressemble beaucoup à des lymphatiques dilatés (pl. IV, fig. 3, 4, 5).

D'assez nombreux vaisseaux existent dans cette région.

Notons enfin que l'ensemble de cette paroi du kyste se confond avec le tissu conjonctif lâche du derme dont on reconnaît la structure normale, à l'exception de quelques points où les vaisseaux semblent dilatés.

2° *Couche interne.* — Cette couche tapisse la face interne de la paroi conjonctive à la façon d'un épithélium, mais ne présente sur aucun point cet aspect si régulier qu'on observe généralement pour ce genre de tissu.

Avec un fort grossissement on observe les détails suivants :

La couche conjonctive que nous avons décrite ci-dessus se confond insensiblement avec la couche interne et semble même envoyer dans son épaisseur des prolongements, infiltrés de nombreuses cellules embryonnaires. On se trouve en présence d'un tissu en voie de prolifération.

Ce tissu n'est pas homogène et présente en certains points des îlots sur lesquels il convient d'appeler l'attention. De forme irrégulière, de volume très variable, mais généralement considérable, ils semblent implantés comme des corps étrangers au milieu du tissu qui les contient.

Avec les plus forts grossissements ils se montrent comme constitués par une matière amorphe, granuleuse, parsemée d'énormes noyaux.

Leur diamètre varie entre 9 et 12 millièmes de millimètre et ils possèdent à leur centre un nucléole brillant.

Ces îlots, inégalement espacés, sont disséminés sur tout le pourtour de cette couche interne.

Sans anticiper sur la seconde partie de cette étude, plaçons cependant ici quelques observations dont on reconnaîtra plus tard la justesse, si, comme nous le pensons avec un grand nombre de personnes qui ont examiné nos préparations, notre manière de voir est exacte.

Comment interprêter l'existence de ce kyste ?

Voici selon nous ce qui s'est produit : sous l'influence de la contusion il s'est formé une inflammation profonde des tissus et en particulier du tissu conjonctif entourant les glandes sudoripares, qui, ainsi qu'on le sait, est fort riche en vaisseaux. Une prolifération de noyaux n'a pas tardé à se faire et l'inflammation s'est alors étendue entre les tubes glandulaires Sous cette influence la glande a commencé à s'altérer. Elle a subi d'abord une hypertrophie notable, les tubes ont augmenté de volume, l'épithélium a proliféré, les noyaux se sont gonflés et l'ensemble de l'organe se trouvant étranglé par la coque conjonctive que lui forme normalement le derme, les tubes ont fini par se confondre en fusionnant leur paroi et en mélangeant leur épithélium.

Les glandes dès lors ont subi un commencement de régression et les cellules se détruisant successivement n'ont plus laissé visibles que leurs noyaux hypertrophiés et devenus libres au milieu des débris de leurs cellules primitives.

Résumé. — 1° Inflammation du tissu conjonctif dermique avoisinant un peloton de glandes sudoripares ;

2° Condensation et induration de ce tissu pour constituer une sorte de poche d'inclusion pour le glomérule, laquelle est devenue le kyste ;

3° Hypertrophie de la glande par suite de l'inflammation du tissu séparant les divers tubes, inflammation caractérisée par de nombreuses cellules embryonnaires ;

4° Commencement de destruction de la glande causé par l'étranglement inflammatoire ;

5° Altération de l'épithélium et mise en liberté des noyaux par suite de la destruction des cellules ;

6° Au centre de la tumeur, régression complète des éléments qui forment en ce point une bouillie granulo-graisseuse qui s'est probablement échappée lors de l'ouverture de la poche.

En terminant cette première partie, il est bon de noter un détail dont on reconnaîtra l'importance à propos de l'analyse histologique de la récidive.

La tumeur nous a été remise conservée comme nous

l'avons dit dans l'alcool et nous avons remarqué qu'elle était accompagnée de deux autres petits fragments fort minimes (1 à 2 millim. cubes au plus.) D'où provenaient-ils ? Il est à supposer que le kyste enlevé, ils auront paru suspects et qu'on les aura supprimés.

Toujours est-il que sur des coupes, ils se présentent avec la structure de l'épiderme : cellules dentelées et couche cornée.

Ce détail est intéressant, car dans la récidive nous allons trouver un kyste épithélial, d'origine dermique, à parois présentant une structure analogue, et nous serons admis à nous demander s'il n'existait pas la première fois quelque chose de semblable bien que dans de plus faibles proportions.

En résumé nous croyons avoir sous les yeux un exemple d'altération de glandes sudoripares consécutive à une inflammation de voisinage. L'explication que nous en donnons nous semble des plus rationnelles et des plus probables, surtout en présence de la récidive qui, elle, est incontestablement une altération des glandes sudoripares.

Première récidive.

Six mois après la première opération le malade vient de nouveau consulter le Dr de Ranse. Il se plaint de douleurs dans la pulpe du doigt et accuse la sensation d'un corps étranger dans l'épaisseur du derme.

En palpant en effet la région, on perçoit une petite induration qui cette fois n'est pas mobile sous la peau.

Le malade est amené à l'hôpital des Cliniques et montré à M. le professeur Broca qui, vu la rapidité avec laquelle la tumeur s'est reproduite et craignant de se trouver en présence d'une néoplasie de nature maligne émet l'avis d'opérer immédiatement et cette fois

d'enlever aussi largement que possible la tumeur avec les tissus ambiants.

Le malade ayant consenti, on le soumet à l'action du chloroforme et on opère de la façon suivante :

Une incision elliptique est pratiquée comprenant le point induré etétendue en profondeur à toute l'épaisseur du derme. Le lambeau ainsi circonscrit de 2 centimètres de long et de 5 millimètres de large est à cheval sur la deuxième et la troisième phalange. On le saisit avec les pinces par une de ses extrémités et le bistouri glissé à plat au-dessous de lui achève de le séparer.

La plaie est lavée avec de l'eau alcoolisée et la main du malade est entourée d'une couche épaisse de ouate.

Notons que le malade a présenté à son réveil une crise nerveuse que M. Broca fait rapidement cesser en pratiquant la compression des carotides.

Les suites de l'opération ont été assez simples, toutefois le malade a présenté quelques accidents de lymphangite. Néanmoins la cicatrisation s'est effectuée assez rapidement au bout de quelques jours.

Analyse microscopique (pl. II et V). — La pièce durcie par les mêmes procédés que dans le premier cas, a été étudiée au moyen d'une série de coupes perpendiculaires à la surface et intéressant par conséquent toute l'épaisseur des tissus.

Ainsi qu'on va le voir la lésion se montre bien plus complexe que la première fois.

Il existe deux genres d'altération bien différents. En effet, en étudiant à un faible grossissement une coupe passant par le centre de la tumeur, on constate tout d'abord au-dessous de l'épiderme :

1° Un kyste volumineux, à peu près circulaire, à paroi formée de plusieurs couches de cellules à noyau superposées, et garni intérieurement de couches concentriques de nature cornée, dont les éléments les plus superficiels sont en voie de desquamation (kyste épithélial) (pl. V, fig. 1 et 2).

2° Une lésion intéressant les glandes sudoripares dont les unes sont hypertrophiées et dont les autres profondément altérées sont en voie complète de régression (pl. II, fig. 5; pl. V, fig. 1 et 3).

Examinons successivement ces deux points :

1° *Kyste épithélial sous-cutané.* — C'est lui qui constitue la tu-

meur proprement dite et dont la présence dans la pulpe du doigt a décidé le malade à se faire opérer de nouveau.

Examiné à un fort grossissement, il présente une paroi formée d'un épithélium pavimenteux stratifié à cellules crénelées comme dans les couches moyennes de l'épiderme et munies d'un noyau volumineux. L'épaisseur de cette couche n'est pas la même sur tout le pourtour du kyste.

Les cellules les plus extérieures sont placées verticalement les unes à côté des autres et offrent un noyau analogue à celui qu'on observe à la face profonde du corps de Malpighi (pl. V, fig. 2).

A la face interne de ce revêtement épithélial se montrent des couches imbriquées se colorant en jaune sous l'action du picro-carminate et formées d'épithélium en voie de transformation cornée sans noyau par conséquent (pl. V, fig. 1 et 2).

Le centre de la cavité du kyste est libre ou remplie de débris épithéliaux provenant de la couche cornée. Cette paroi, en tout cas, n'est pas unie, mais présente une surface hérissée de plaques épithéliales prêtes à se détacher.

Notons enfin qu'autour du kyste le tissu du derme semble à peu près normal. Peut-être les noyaux se montrent-ils un peu plus nombreux que d'habitude.

2° *Altération des glandes sudoripares.* — En examinant une coupe complète, intéressant la peau et la tumeur, on aperçoit sur les parties latérales du kyste les pelotons des glandes sudoripares et l'on constate déjà à première vue qu'ils sont le siège d'une altération.

Les uns, en effet, montrent des tubes hypertrophiés et les autres presque entièrement dégénérés, ont perdu leur aspect normal si caractéristique. Ils sont transformés en amas informes dans lesquels on ne distingue plus traces de tubes.

Quant aux autres parties du derme elles présentent également quelques altérations; les nerfs sont évidemment augmentés de volume, ainsi que les vaisseaux, et le tissu conjonctif, qui sépare les pelotons glandulaires restés intacts, laisse voir dans ses mailles une grande quantité de cellules embryonnaires.

La figure 1 de la planche V montre l'aspect général d'une coupe à un faible grossissement.

Soumettons maintenant les coupes à un grossissement plus fort.

Tout d'abord nous observons que le tissu conjonctif qui entoure les glomérules est condensé de façon à former une sorte de coque

fibreuse et que les tubes glandulaires ont complètement disparu. A leur place, dans l'intérieur de cette coque, on aperçoit des amas amorphes au milieu desquels se montrent des éléments nucléaires, des cellules épithéliales desquamées. Le centre est à peu près vide.

En un mot les points occupés primitivement par les pelotons sudoripares se sont transformés en kystes dont la paroi est formée par le tissu du derme condensé.

Ce fait établi, si l'on examine un de ces points avec l'objectif 9 à immersion de Hartnack, on s'aperçoit immédiatement qu'on retrouve là une altération semblable à celle que nous avons rencontrée dans la première tumeur. Il y a les mêmes îlots formés par l'altération granulo-graisseuse des éléments de la glande avec les noyaux épithéliaux gonflés et hypertrophiés (pl. II, fig. 5 ; pl. V, fig. 3).

Nous assistons dans cette récidive à la formation de kystes semblables à celui qui constituait la première tumeur. Si l'ablation n'avait pas été pratiquée, nul doute qu'ils n'eussent augmenté de volume.

Toujours est-il que l'étude de la marche de l'altération dans la récidive nous confirme maintenant dans l'opinion que nous avons émise dans la première partie de cette observation ; les tubes glandulaires sous l'influence de l'inflammation du tissu conjonctif qui les sépare, se sont hypertrophiés, leurs parois se sont confondues et ont fini par disparaître. L'épithélium mis en liberté n'a pas tardé à s'altérer, quelques noyaux devenus libres se sont gonflés et la plupart des cellules ont subi la transformation cornée.

Tel est l'ensemble des détails histologiques donnés par l'analyse de la première récidive.

Nous passons maintenant à l'histoire de la seconde récidive que nous devons, ainsi que nous l'avons dit, à l'obligeance de M. le D[r] Gillet de Grandmont.

Nous la reproduisons textuellement avec les réflexions auxquelles elle a donné lieu de la part de l'observateur, dont nous nous réservons de discuter les conclusions qui, disons-le de suite, ne sont pas entièrement les nôtres.

Seconde récidive.

« Le 8 juin 1877, M. X... vient me consulter pour une tumeur du doigt qui a déjà été opérée deux fois. Il me présente alors l'index de la main droite lié au médius pour calmer un tremblement du doigt; s'il détache le médius, l'index est alors en convulsions cloniques incessantes. Si l'on examine la face palmaire de l'index au niveau de la dernière phalange, on trouve un petit noyau qui semble faire partie de la peau et auquel le malade ne permet pas que l'on touche, tant le moindre frottement lui est douloureux. Cependant, si l'on appuie brusquement et fortement sur la totalité de cette petite induration le malade n'en éprouve pas de souffrance. Si, au contraire, on passe un corps très léger à la surface de cette induration, M. X... se plaint d'une douleur excessivement vive qui retentit, dit-il, dans l'avant-bras et jusqu'au bras.

Examinée à la loupe cette induration présente cinq à six points analogues à ceux que l'on retrouve sur les verrues. Je fais l'expérience suivante : prenant un poil de barbe et touchant successivement avec l'extrémité du poil chacun de ces petits points, je détermine la même douleur que lorsque je passais un corps léger à la surface de cette induration.

Je considère cette induration comme étant un névrome, tumeur qui seule peut expliquer le retentissement de cette douleur si vive dans l'avant-bras et dans le bras, ainsi que les mouvements cloniques qui sont le résultat d'une action réflexe.

Je fais immédiatement une injection hypodermique de morphine à l'avant-bras.

Le 11. A la suite de l'injection les douleurs ont été calmées, le tremblement du doigt a disparu.

Je continue les jours suivants à faire des injections.

La douleur qui se manifestait sur le trajet du radial, disparaît quinze jours après le début du traitement par les injections de morphine.

Le 24. M. X... se présente avec une contracture de la main, venue subitement dans la journée et siégeant sur les fléchisseurs communs. Les convulsions cloniques ont donc été changées en convulsions toniques qui, cette fois, se sont étendues à toute la main.

Sous l'influence de l'injection de morphine la contracture cesse, mais reparaît les 26, 27, 28, 29.

Le 4 juillet. La contracture, qui avait cessé depuis deux jours, reparaît dans l'index seul. Les douleurs de l'avant-bras s'éteignent peu à peu.

Le 7. Contracture de l'index. Injection de morphine.

Le 8. Pas de contracture le matin. Contracture survenant le soir, dans l'index seulement. Injection de morphine.

Le 9. Pas de contracture le matin. Contracture le soir. Je pratique l'électrisation sur les antagonistes.

Le 10. Contracture de l'index le matin. Pas de contracture le soir.

Le 11. La contracture reparaît le soir.

Le traitement consiste toujours en électrisation. Les injections sont éloignées en même temps que les douleurs s'éteignent. Le malade se procure un appareil électrique dont il a bientôt l'occasion de se servir.

Car le 12 juillet, il est pris à 5 heures du matin, d'une violente contracture de l'index qui cède à l'électrisation.

Le 14. M. X... vient me voir deux fois. Le matin, index contracturé, le soir toute la main.

Le 15, le 16, ont encore lieu des contractures, mais elles s'éloignent peu à peu. Le malade réclame l'intervention chirurgicale. Mais en présence de l'état nerveux du sujet, des contractures douloureuses qui se réveillent si facilement et des douleurs partant de la petite tumeur pour remonter vers l'aisselle et réagir de là d'une façon réflexe, je crois devoir conseiller au malade de se rendre aux eaux de Néris avant toute intervention.

Pendant son séjour à Néris le malade rapporte avoir eu plusieurs fois recours aux injections de morphine et à son appareil électrique qu'il a en permanence sur sa table de nuit. Il raconte même qu'un jour il est tombé sans connaissance à la porte du Casino et qu'il s'est réveillé quelque temps après, ayant perdu l'usage de la parole durant plusieurs jours.

A son retour des eaux, M. X... n'a plus ni contractures, ni douleurs s'irradiant dans le membre. Mais il présente toujours la même petite induration, si sensible au toucher qu'il ne peut ni porter de gant, ni se laisser toucher l'index lorsqu'on lui donne la main.

Le 17 octobre 1877. Je pratique une première cautérisation à l'aide de la potasse calcique. La douleur est vive sur le moment, mais sans durée et sans retentissement aucun. La cautérisation est répétée les jours suivants.

Le 21. Les douleurs ont presque entièrement disparu à la pression ; il y a eu cependant encore une contracture la nuit. Je continue les cautérisations en ayant soin toutefois d'exciser la partie superficielle des eschares pour permettre au caustique de pénétrer plus profondément.

Le 9 novembre. Sous l'eschare s'écoule un liquide filant, qui semble être le contenu d'un kyste et qui tient en suspension de grosses cellules.

Je continue les cautérisations pour détruire ce kyste dont l'existence n'avait aucunement pu être révélée au début par le toucher ou par la vue.

Les eschares tombent successivement. La cicatrisation s'opère sans récidive et sans que le malade éprouve jamais plus ni douleurs, ni contractures.

J'ai revu le malade en avril 1880, on aperçoit à peine trace de cicatrice, la phalange est très mobile et l'on peut presser la face palmaire du doigt sans déterminer la moindre sensation.

Quelle est la nature de cette tumeur ?

Au point de vue clinique, je considère cette tumeur comme complexe et constituée de dehors en dedans.

1° Par une dégénérescence des papilles de la peau, dégénérescence se rapprochant à la fois et de la verrue et du névrome.

Cette opinion repose sur l'existence des petits points que l'on observait à la loupe au centre de la tumeur et sur leur exquise sensibilité qui ne permettait pas même à un cheveu de les toucher sans qu'il se produisit une douleur remontant jusque dans le membre supérieur.

2° Par un kyste, probablement kyste dermoïde, situé au-dessous de cette altération des éléments de la peau, et qui ne pouvait être perçu, masqué qu'il était par les éléments de la peau.

Si l'on tient compte de la marche de la maladie, et de plus, de l'existence de deux petites tumeurs rondes, mobiles que le malade présente à la main droite, l'une dans le pli interdigital de l'annulaire et de l'auriculaire, l'autre entre les éminences thénar et hypothénar, à 2 travers de doigt au-dessous du ligament annulaire du carpe et qui ne peuvent être que des kystes dont je suis depuis deux ans déjà les progrès, si l'on tient compte en troisième lieu du développement assez souvent observé de tubercules douloureux dans les cicatrices, je crois qu'il faut admettre que le kyste était primitif, qu'il a été enlevé et a récidivé et que le tubercule douloureux n'est que la conséquence des opérations pratiquées sur le doigt.

En effet, nous venons de le dire, on observe assez souvent des tubercules douloureux dans les cicatrices consécutives à des ablations de tumeurs par les procédés chirurgicaux.

Si ces tubercules ne s'observent pas dans les cicatrices de tumeurs enlevées à l'aide de caustique, il faut en chercher la raison, suivant nous, dans ces deux faits : 1° le caustique agit plus lentement, mais plus profondément qu'une ablation, à l'aide du bistouri, ablation qui peut souvent être incomplète; 2° les caustiques bien maniés donnent des cicatrices molles sans rétraction et qui par conséquent n'étranglent pas les filets nerveux cutanés.

Réflexions. — Cette triple observation nous suggère de nombreuses réflexions.

Et tout d'abord, en ce qui concerne la première tumeur, nous croyons être en droit d'affirmer une dégénérescence athéromateuse d'un peloton limité de glandes sudoripares. Sans doute, au point de vue histologique, la démonstration n'est pas absolument probante puisqu'on n'observe plus aucune trace de tubes glandulaires. Mais cela peut tenir à ce que, lors de l'intervention chirurgicale, la lésion était très avancée et avait fait disparaître toutes traces de glandes.

D'autre part nous ne serions pas aussi affirmatif si la première récidive ne venait confirmer ce diagnostic. Ici, point de doutes. Au milieu d'altérations multiples, caractérisées par une inflammation du tissu conjonctif ambiant et par une hypertrophie des vaisseaux et des nerfs, on trouve tous les degrés du polyadénome sudoripare de M. le professeur Broca, depuis la simple hypertrophie jusqu'à la dégénérescence la plus avancée.

Reste la seconde récidive observée par M. le Dr Gillet de Grandmont et qui serait pour cet éminent praticien constituée par un kyste épithélial d'origine dermique et par un névrome.

Sans repousser d'une façon absolue l'existence du névrome, nous croyons devoir élever quelques objections.

Et tout d'abord il demeure bien entendu que si le névrome existe, il tient à l'hypertrophie des papilles nerveuses de la pulpe du doigt.

Nous ne repoussons pas absolument cette hypothèse, qui peut d'ailleurs s'expliquer par l'hypertrophie inflammatoire générale du tissu qui environne les glandes sudoripares. Nous n'oublions pas que dans l'analyse histologique de la première récidive nous avons noté une hypertrophie des vaisseaux et des nerfs.

Mais ce que nous tenons à dire, c'est que l'hypothèse de névrome n'est pas absolument indispensable pour expliquer les douleurs ressenties par le malade.

Par sa conclusion même, M. le Dr Gillet de Grandmont nous fournit un argument que nous croyons excellent.

M. le Dr Gillet de Grandmont invoque lui-même l'existence de tubercules douloureux, c'est-à-dire de tumeurs constituées par une cicatrice dure, de tissu fibreux, étranglant des filets nerveux et pouvant parfaitement expliquer les douleurs observées.

Mais un tubercule douloureux n'est pas à proprement parler un névrome.

Enfin, nous croyons qu'il y aurait lieu de faire entrer pour quelque chose la névrose dont ce malade était atteint dans l'explication des accidents nerveux (douleurs, convulsions cloniques et toniques) qu'il a présentées.

Cette discussion d'ailleurs est secondaire et elle n'aurait pu être fructueusement terminée que par un examen histologique qui a malheureusement fait défaut.

Pour nous la véritable lésion, la lésion originale sié-

geait dans les glandes sudoripares dont l'altération pouvait être consécutive à une inflammation de voisinage déterminée par le traumatisme.

Quant aux douleurs, qu'elles soient le résultat d'une hyperplasie des papilles nerveuses de la pulpe, de l'étranglement des filets nerveux par le tissu cicatriciel ou de la susceptibilité nerveuse imprimée au malade par la névrose dont il était atteint, susceptibilité qui aurait été mise en jeu par l'intervention chirurgicale, c'est là une question qui nous semble insoluble en l'absence d'examen histologique.

Qu'on nous permette d'ajouter un mot encore.

L'heureux résultat obtenu par M. le Dr de Grandmont ne saurait modifier en rien ce que nous avons dit de la cautérisation comme mode de traitement des cancroïdes glandulaires.

Nous avons exposé les difficultés et les dangers de l'emploi des caustiques.

M. Gillet de Grandmont en a triomphé. Cela plaide en faveur du praticien, non pas en faveur de la méthode.

EXPLICATION DE LA PLANCHE IV.

TUMEUR KYSTIQUE DE LA PULPE DU DOIGT

Fig. 1. — Coupe transversale de la tumeur (30 diam.).
- *a.* Enveloppe fibreuse.
- *b.* Couche interne simulant un épithélium.
- *c.* Petites lacunes dans la couche interne.
- *d.* Cavité centrale.

Fig. 2. — Le point E de la figure précédente grossi 500 fois.
- *a.* Enveloppe fibreuse dont les faisceaux sont écartés par des amas de cellules.
- *b.* Couche interne présentant de nombreuses cellules à noyau.

c. Lacune considérable contenant un grand nombre de cellules ovales, plus volumineuses que les précédentes. Ces cellule semblent plongées dans une gangue amorphe.

Fig. 3 et 4. — Fibres du tissu conjonctif de l'enveloppe circonscrivant des lacunes remplies de cellules.

Fig. 5. — Cavité beaucoup plus grande, de forme allongée, remplie de cellules ovalaires granuleuses avec un noyau.

EXPLICATION DE LA PLANCHE II (fig. 5 et 6) ET DE LA PLANCHE V.

Planche V.

Fig. 1. — Coupe verticale du doigt passant par le milieu du kyste. — 1, 2. Épiderme. — 3. Derme. — 4. Kyste rempli de lamelles épithéliales cornées et entouré d'une couche de cellules semblables à celles de l'épiderme. — 5. Espaces occupés par des pelotons de glandes sudoripares en voie d'altération. — 6. Nerfs hypertrophiés. — 7. Vaisseaux. — 8. Pelotons de glandes commençant à s'altérer. — 9. Graisse.

Fig. 2. — Paroi du kyste. — 1. Cellules épithéliales cornées. — 2. Cellules dentelées. — 3. Tissu conjonctif.

Fig. 3. — Glandes sudoripares hypertrophiées. Tissu conjonctif interstitiel en voie de prolifération.

Planche II.

Fig. 5. — Altération des glandes sudoripares.

Fig. 6. — Cellules dentelées de la paroi du kyste.

Diagnostic différentiel.

Nous abordons ici la partie la plus importante et en même temps la plus délicate de notre thèse.

S'il était possible d'assigner à chaque espèce de tumeur de la main un caractère clinique pathognonomique, notre tâche serait singulièrement simplifiée.

Il n'en en rien malheureusement.

Qu'on lise la description classique, en quelque sorte officielle que nous avons donnée de chaque espèce de tumeur; puis qu'on observe dix tumeurs de même nature

et l'on verra combien, ici comme en tant d'autres occasions, l'enseignement didactique s'éloigne des symptômes cliniques observés.

Nous l'avons dit et nous ne saurions trop le répéter, il ne faut pas affirmer telle ou telle tumeur à l'exclusion de telle ou telle autre, et cela en vertu d'un signe ou d'un symptôme plus ou moins nettement observé.

C'est ainsi qu'il ne faut pas trop se fixer à la fausse fluctuation d'un néoplasme pour affirmer sa nature lipomateuse; à la marche lente d'une tumeur pour conclure que c'est un sarcome; à sa dureté pour dire que c'est un fibrome.

Ce sont là des signes probables, mais non pas des signes certains.

Aussi, dans la rédaction de cette partie de notre travail, aurons-nous toujours présente à l'esprit cette proposition.

C'est sur la multiplicité des symptômes et des signes, c'est sur l'étude comparative de ces symptômes et de ces signes que doit être basé le diagnostic différentiel des tumeurs de la main.

LIPOME.

Avec quelle espèce de tumeur peut-on confondre un lipome de la main?

Cela dépend de l'aspect sous lequel se présente le lipome.

Il peut présenter une fluctuation plus ou moins nette.

Il peut être mou à la pression, mais sans fluctuation.

Enfin il peut affecter une consistance assez marquée.

Dans le premier cas il y aura lieu de faire le diagnostic différentiel avec les tumeurs liquides; dans le second, avec certains sarcomes.

Dans le dernier avec le fibrome.

En ce qui concerne les tumeurs liquides, nous ne parlerons que pour mémoire des tumeurs érectiles, des tumeurs cirsoïdes et des anévrysmes.

Les tumeurs érectiles sont extrêmement rares à la main; elles sont le plus souvent multiples. Elles débutent ordinairement par un nœvus, ne présentente il est vrai, ni pulsations ni souffle, mais sont plus ou moins réductibles par la compression directe et se dilatent lorsqu'on comprime circulairement le bas.

Les tumeurs cirsoïdes sont constituées par l'agglomération d'artérioles dilatées; elles sont mal limitées, se réduisent comme les précédentes par la compression directe et aussi par celle des artères qui s'y rendent; elles présentent des pulsations et du souffle et s'accompagnent fréquemment d'une dilatation progressive des artères de l'avant-bras.

Enfin les anévrysmes, qu'ils soient spontanés ou traumatiques, s'observent sur les trajets artériels et s'accompagnent de battements isochrones au pouls, avec expansion, bruits de souffle, réductibilité, et affaissement de la tumeur quand on comprime les artères de l'avant-bras.

Tous ces signes sont assez faciles à constater en raison de la situation superficielle des tumeurs de la région, et si l'on se rappelle la symptomatologie du lipome toute confusion sera impossible.

Mais il n'en est plus de même quand il s'agit d'établir le diagnostic entre un lipome fluctuant et un kyste.

Les chirurgiens les plus distingués ont souvent pris des lipomes pour des kystes.

Tel est le cas de M. le professeur Trélat.

Dans le kyste comme dans le lipome le développement est lent, la peau conserve son apparence normale, il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire, pas de douleurs; dans l'un et l'autre cas il y a fluctuation.

Dans l'observation rapportée par M. le professeur Trélat, le lipome présentait plusieurs lobes, et l'on pouvait par la pression refouler d'un lobe dans l'autre la matière qui y était contenue.

Avec un pareil ensemble de symptômes et de signes, la confusion était fatale. Le diagnostic ne pouvait être fait qu'à l'aide d'une ponction exploratrice.

En présence d'un semblable concours de circonstances il faudrait encore avoir recours à la ponction exploratrice.

Ce fait offre toutefois une utilité incontestable; en pareil cas, on devra toujours rester sur la réserve jusqu'à ce qu'une ponction exploratrice, absolument inoffensive d'ailleurs, soit venue fixer le diagnostic. Il ne faudra pas se fier d'une façon absolue à la fréquence relative du kyste comparée à la rareté du lipome. C'est là une présomption, et rien de plus.

Quant au frottement observé par M. le professeur Trélat et noté également dans les observations de Follin (1852) et Bonnet (1866), nous croyons qu'il est bien difficile d'en fixer les caractères d'une façon assez précise pour permettre de le différencier de celui qui se produit dans les kystes à grains hordéiformes.

D'ailleurs si l'explication fournie par M. le prof

Trélat qui attribue ce bruit au frottement sur les tendons fléchisseurs, est exacte, ce signe devrait manquer dans nombre de cas, ce qui diminue d'autant sa valeur.

L'erreur commise par M. le professeur Trélat sera faite de nouveau; la ponction faite en vue d'évacuer le liquide du kyste révélera l'erreur de diagnostic. Celle-ci d'ailleurs n'a pas grande importance. Une ponction dans un lipome ne sera jamais grave.

Peut-être devrait-on faire des réserves pour le cas où celui-ci appartiendrait à la variété décrite sous le nom de lipome vasculaire, lipome érectile.

Mais cette espèce de lipome est fort rare. D'ailleurs l'hémorrhagie ne serait jamais bien grave et serait aisément arrêtée par la compression.

Lorsque le lipome est mou, sans toutefois présenter de fluctuation, il peut être confondu avec un sarcome et surtout avec un sarcome encéphaloïde. Il demeure bien entendu que cette confusion n'est possible que pendant les premiers mois du néoplasme; car au bout d'un an ou deux le sarcome arrive à la période d'ulcération et le diagnostic se trouve ainsi fait.

Mais au début, il n'en est pas de même.

La peau est de couleur normale, sans adhérence à la tumeur, dans les deux cas; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire, il n'y a pas de douleur dans le lipome, à moins qu'il n'existe des compressions de filets nerveux; mais celles-ci s'observent principalement quand la tumeur a acquis un grand développement.

Il n'y a guère plus souvent de douleur dans le sarcome au début.

Voilà les caractères communs.

Quant aux caractères différentiels ils sont beaucoup moins nombreux et sujets à discussion.

Cependant quand on se trouvera en présence d'une tumeur qui a acquis assez rapidement un certain développement, qui présente des adhérences aux parties profondes (aponévroses, gaines tendineuses, etc.) et qui lorsqu'on tend la peau à sa surface ne présente pas ou présente fort peu de lobules saillants, on sera en droit de croire à l'existence d'un sarcome.

Mais nous le répétons, ces signes n'ont qu'une valeur relative; en effet dans le cas de Péan, le sarcome avait 7 ans d'existence, et 16 ans dans le cas de Paquet, de Lille. Le professeur Gross, de Nancy, a observé un sarcome qui présentait à la périphérie des lobules qui firent tout d'abord songer à un lipome.

Mais si tous ces signes sont réunis, on pourrait formuler son opinion avec quelque certitude.

Enfin la variété de lipome décrite sous le nom de fibrolipome peut être confondue avec le fibrome.

Dans l'un et l'autre cas, développement très lent, peau saine, sans adhérences au néoplasme, pas de douleur, pas d'engorgement ganglionnaire, pas d'ulcérations.

Le seul signe qui pourrait peut-être dans ce cas permettre le diagnostic, c'est que le fibro-lipome est en général mobile sur les parties sous-jacentes ou du moins qu'il ne présente avec celles-ci que des connexions très lâches, tandis que le fibrome a au contraire un point d'implantation assez facilement limitable.

En fait, l'erreur de diagnostic serait sans gravité puisque dans ces deux cas la gêne fonctionnelle est la seule et véritable indication d'une intervention chirurgicale.

SARCOME.

Ici encore il convient de distinguer deux cas. On a affaire à un sarcome de consistance molle, sarcome encéphaloïde ou à un sarcome dur, sarcome fasciculé.

Le premier ne peut guère être confondu qu'avec un lipome ou une tumeur liquide. Le diagnostic différentiel a été fait précédemment. Quant au second, il y a lieu de passer en revue les quelques symptômes qui permettront de les distinguer du fibrome.

C'est au début que le diagnostic est malaisé ; car au bout de dix à douze mois, les adhérences de la peau tranchent la question en faveur du sarcome.

Le sarcome est, en général, mal limité : ses bords semblent fuir sous le doigt et se confondre insensiblement avec les tissus les plus voisins; le fibrome, au contraire, est généralement assez facile à circonscrire ; ses bords peuvent être nettement délimités.

C'est là un signe assez bon. Malheureusement, il est plutôt théorique que clinique. Aussi ne doit-on pas trop s'y fier.

Et comme, d'autre part, il serait très nuisible pour le malade d'attendre, pour intervenir, que les adhérences de la peau à la tumeur et l'altération de la santé aient démontré la nature sarcomateuse du néoplasme, nous conseillons l'intervention quand il y a le moindre doute.

L'examen microscopique consécutif tranchera la question et permettra d'établir un pronostic bénin dans le cas de fibrome, et de réserver son appréciation quant à la récidive possible, si le sarcome est reconnu.

Quant au diagnostic entre le sarcome et le carcinome, il sera en général assez aisé.

L'âge avancé du malade, ses antécédents héréditaires, la production possible de tumeurs carcinomateuses à un degré d'évolution plus avancé dans d'autres parties de l'organisme, le prompt envahissement des parties voisines par le néoplasme, l'engorgement ganglionnaire, l'ulcération rapide, ce sont là autant de signes dont l'ensemble devra faire admettre un carcinome.

D'ailleurs, nous l'avons dit, le carcinome est tellement rare aux mains que nous serions en peine d'en affirmer l'existence d'une façon absolue ; elle n'est pas irrationnelle ; c'est tout ce que nous en pouvons dire.

Le sarcome, au contraire, est une des tumeurs les plus fréquentes de la main.

FIBROME

Le diagnostic différentiel du fibrome nous occupera peu de temps.

En effet, ce genre de néoplasme ne peut guère être confondu qu'avec un sarcome fasciculé très avancé en organisation, avec certains enchondromes ou avec un ostéome, ou enfin avec un névrome. Ce dernier point sera étudié plus loin.

Le diagnostic entre le fibrome et le sarcome fasciculé a été établi précédemment.

Quant à l'enchondrome, sa marche est plus rapide que celle du fibrome ; l'enchondrome ne présente jamais une résistance égale sur toute sa surface : il existe des points où le tissu cartilagineux se ramollit et peut fournir la sensation de fluctuation ; de plus, il n'y a pas d'erreur possible si le fibrome est superficiel ; s'il est profond, il se distinguera de l'enchondrome en ce que celui-ci est adhérent à l'os, tandis que le fibrome est mobile sur le squelette.

Les mêmes considérations serviront à le distinguer de l'ostéome, très rare d'ailleurs à la main. Il est vrai qu'un fibrome ayant son point d'implantation dans le périoste pourrait bien ne pas présenter grande mobilité ; cependant il en présentera toujours assez pour permettre le diagnostic, surtout si on fait varier les positions du doigt ou de la main.

Quant à la possibilité du développement d'un ostéome dans le tissu musculaire, elle a été prouvée par une observation du professeur Broca. Mais ce cas unique suffit à prouver la rareté du fait, et nous ne nous y arrêterons pas.

NÉVROMES.

Les névromes de la main ne peuvent guère être confondus qu'avec des fibromes.

Et de fait, en présence de la rareté et nous pourrions presque dire du manque absolu de névrome vrai, hyperplasique, développé aux dépens des filets nerveux et non du tissu fibreux interposé entre ces filets, puisque le cas

de Robin, rapporté comme un névrome vrai, se rapportait uniquement à une hypertrophie des papilles nerveuses de la pulpe, on serait assez porté à dire avec M. le Dr Bachon que le névrome faux, dont on connaît en France trois observations seulement, n'est qu'un fibrome développé sur un nerf et étranglant les filets nerveux.

Quoi qu'il en soit, on avait jusqu'à ce jour considéré la douleur excessive, causée par ces sortes de néoplasmes, comme caractéristique. C'est sur elle que se base M. le Dr G. de Grandmont quand il pose le diagnostic de névrome pour la tumeur dont nous avons donné l'observation dans ce travail.

Or, nous l'avons dit, l'observation du Dr Bachon est péremptoire; la douleur n'est pas un symptôme constant dans le névrome faux.

Il y a plus. Si l'on se reporte aux nombreuses observations de fibromes et de sarcomes auxquelles nous avons fait allusion, on verra aisément qu'un certain nombre ont présenté des douleurs spontanées ou provoquées, intolérables et dues probablement à des compressions nerveuses exercées par la tumeur. Le mode de production de la douleur serait donc absolument le même que dans le cas de névrome faux ou si l'on aime mieux de fibrome développé autour d'un nerf par hypertrophie et hyperplasie des éléments fibreux qui environnent les filets nerveux.

Ainsi dans le névrome faux :

1° La douleur est inconstante. Elle a manqué dans un cas sur trois observés;

2° Elle n'a pas de caractères qui lui soient propres;

3° Elle peut s'observer avec les mêmes caractères dans

certains néoplasmes, et en particulier dans certains fibromes.

Dès lors quelle valeur peut-on assigner à ce symptôme?

Que nous reste-t-il alors pour établir le diagnostic différentiel entre un névrome faux et un fibrome comprenant des troncs nerveux?

Des signes incertains.

La forme allongée en olive et petite du névrome, son développement bien localisé sur un nerf et peut-être la précocité des douleurs ; encore ce signe peut-il manquer. Dans les cas où l'atrophie musculaire est observée, elle doit être prise en sérieuse considération.

Quoi qu'il en soit, fibrome volumineux comprimant un tronc nerveux ou névrome faux seront traités de même.

CARCINOMES ET CANCROÏDES.

Au début, la nature carcinomateuse d'une tumeur est souvent très difficile à reconnaître.

L'envahissement des tissus voisins et en particulier de la peau par le néoplasme et l'engorgement ganglionnaire, voilà deux éléments de diagnostic excellent mais qui cependant ne se montrent qu'à la fin de la première période. Or on doit toujours intervenir aussi promptement que possible, et l'engorgement ganglionnaire qui peut dans certains cas être le résultat d'une inflammation de voisinage, mais qui le plus souvent est un signe d'auto-infection est dans ce dernier cas une contre-indication à l'opération.

Il ne faut donc pas attendre ce signe pour agir.

Or, au début, sur quoi se basera-t-on pour faire le diagnostic?

Sur l'âge du malade, sur ses antécédents héréditaires, sur les douleurs lancinantes que la tumeur peut présenter dès son apparition.

Ce sont là, on en conviendra, des signes bien incertains.

Aussi, dans le doute, conseillerons-nous toujours une intervention chirurgicale rapide, laissant à l'examen histologique le soin de trancher définitivement la question et de fournir des bases certaines pour le pronostic.

Mais si le carcinome est malaisé à reconnaître au début, il n'en est plus de même au bout de quelques mois.

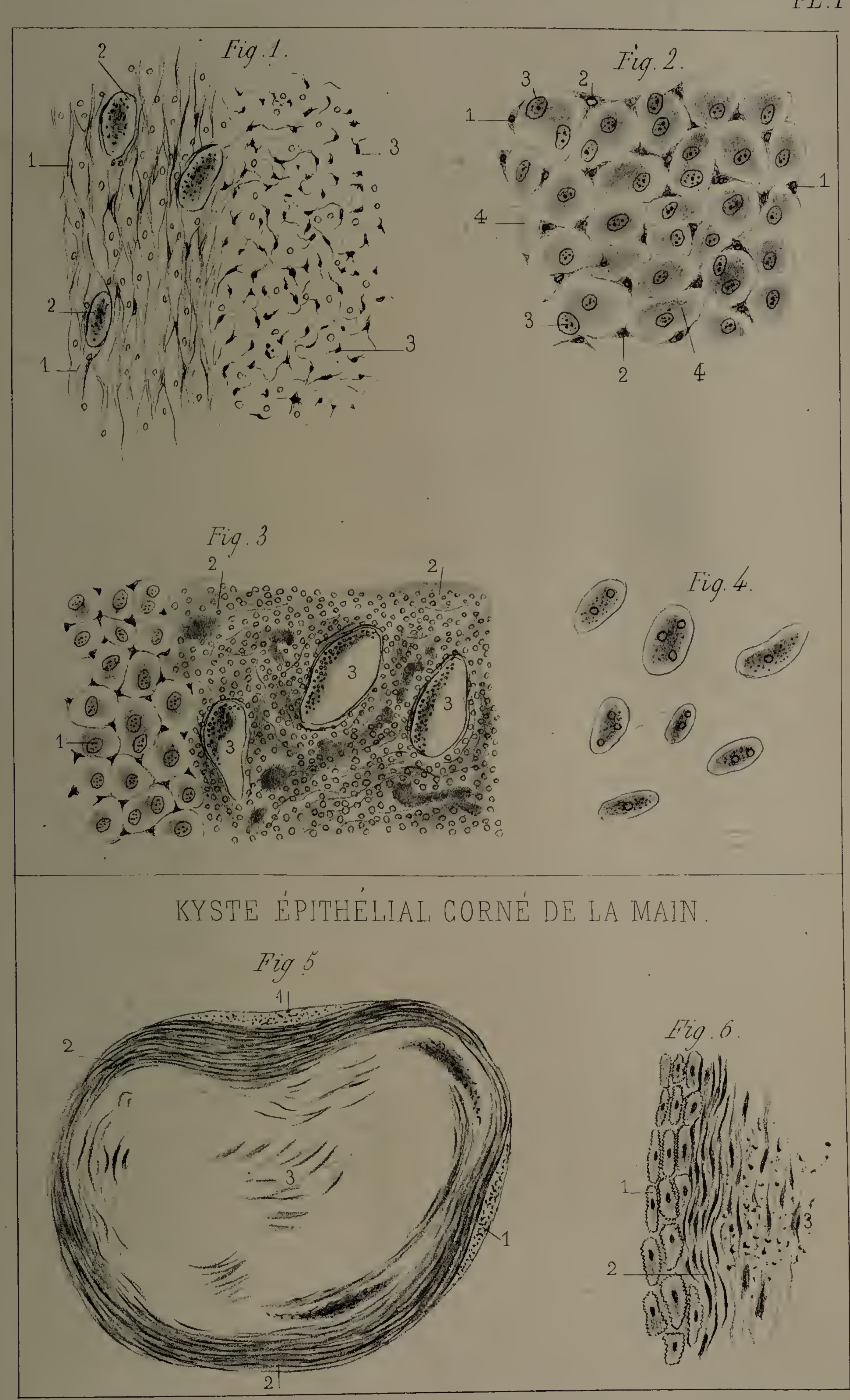
Sa marche rapide, l'envahissement des tissus voisins du néoplasme, l'ulcération, l'engorgement ganglionnaire avec adhérence des ganglions à la peau et suppuration, enfin la cachexie cancéreuse, voilà plus qu'il n'en faut pour faire un diagnostic certain et pour porter un pronostic fatal.

D'ailleurs il y a lieu de tenir compte de la rareté du carcinome à la main. Nous nous sommes déjà expliqué à cet égard.

Nous n'abordons pas ici la question du diagnostic différentiel du cancroïde; les développements dans lesquels nous sommes entré à ce sujet dans le cours de notre travail nous ont semblé pouvoir nous en dispenser.

MYXO_SARCÔME DE LA PULPE DU DOIGT

PL. I



Demay ad nat del

Imp. Lemercier & Cie Paris

Karmanski lith

Fig. 1.

1 1 A 2 1 2 2

Fig. 4.

Fig. 2.

1 2 1 1 2

Fig. 3.

A

TUMEUR KYSTIQUE DE LA PULPE DU DOIGT. Récidive *(suite)*

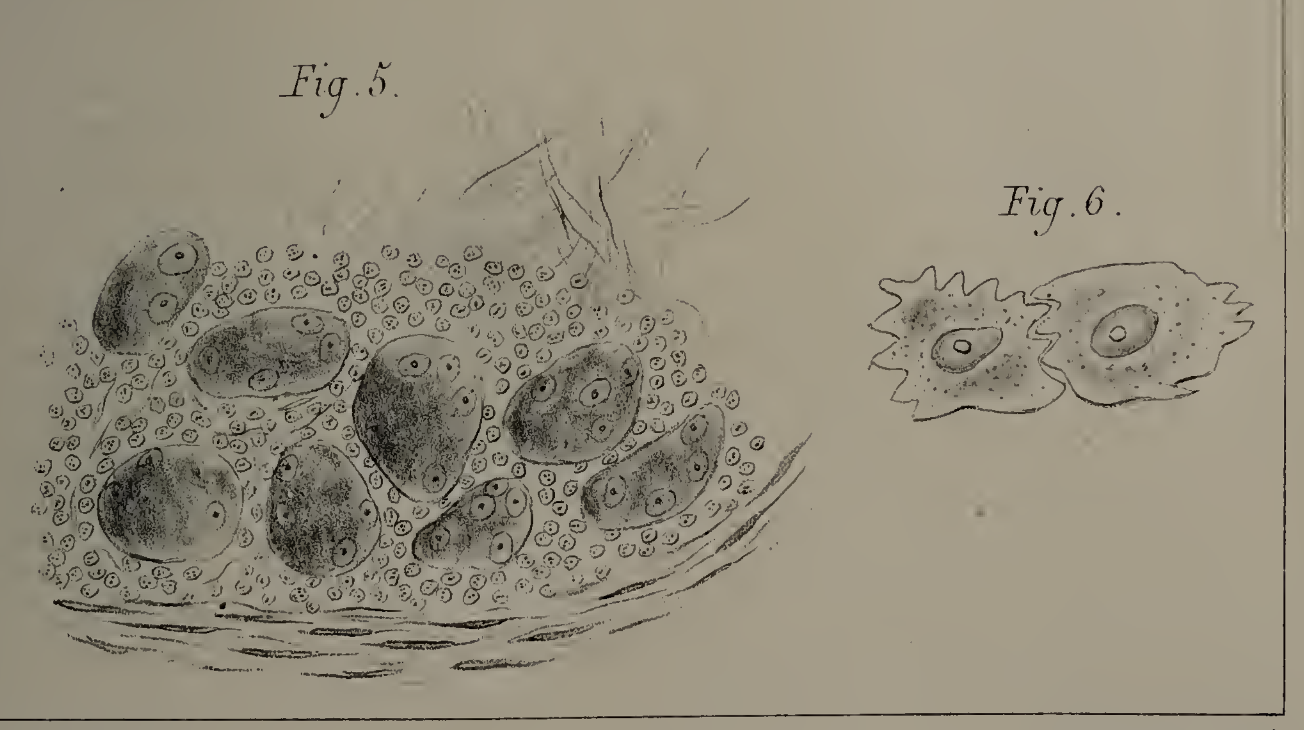
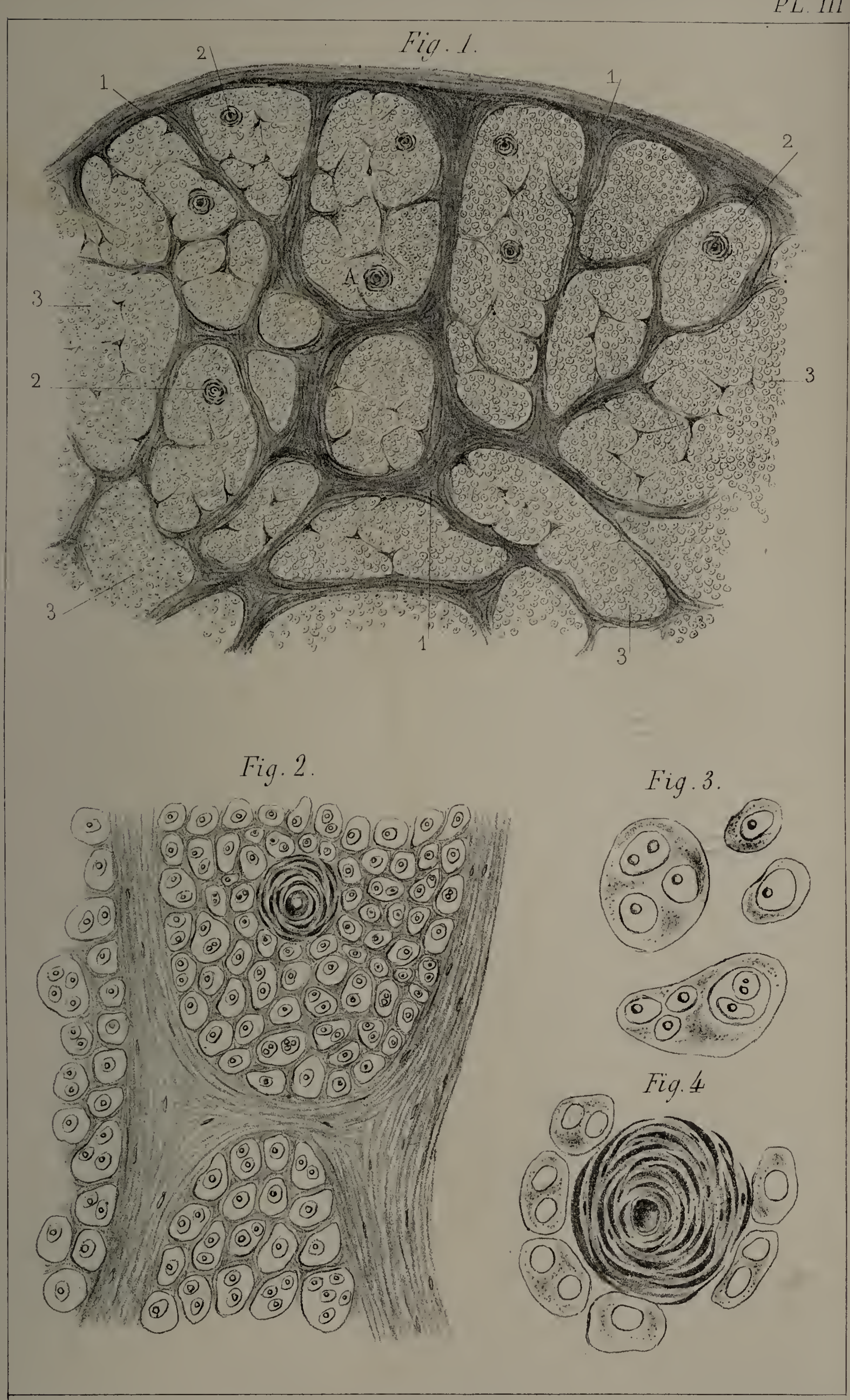


Fig. 5. *Fig. 6.*

Demay ad. nat. del. Karmanski lith.

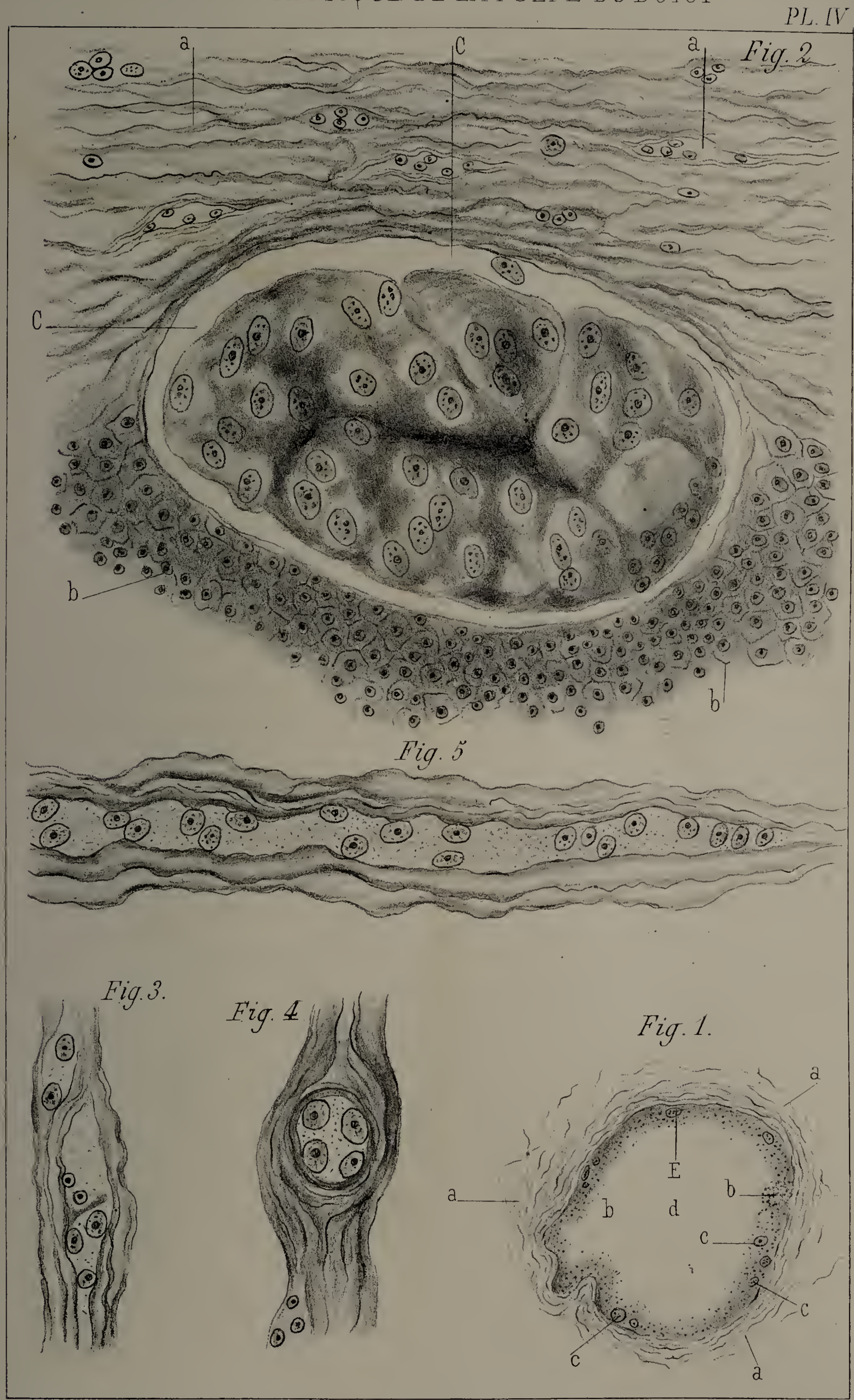
ÉPITHÉLIÔME LOBULÉ DE LA PULPE DU DOIGT.



Demay ad nat del. Imp. Lemercier & Cie Paris Karmanski lith.

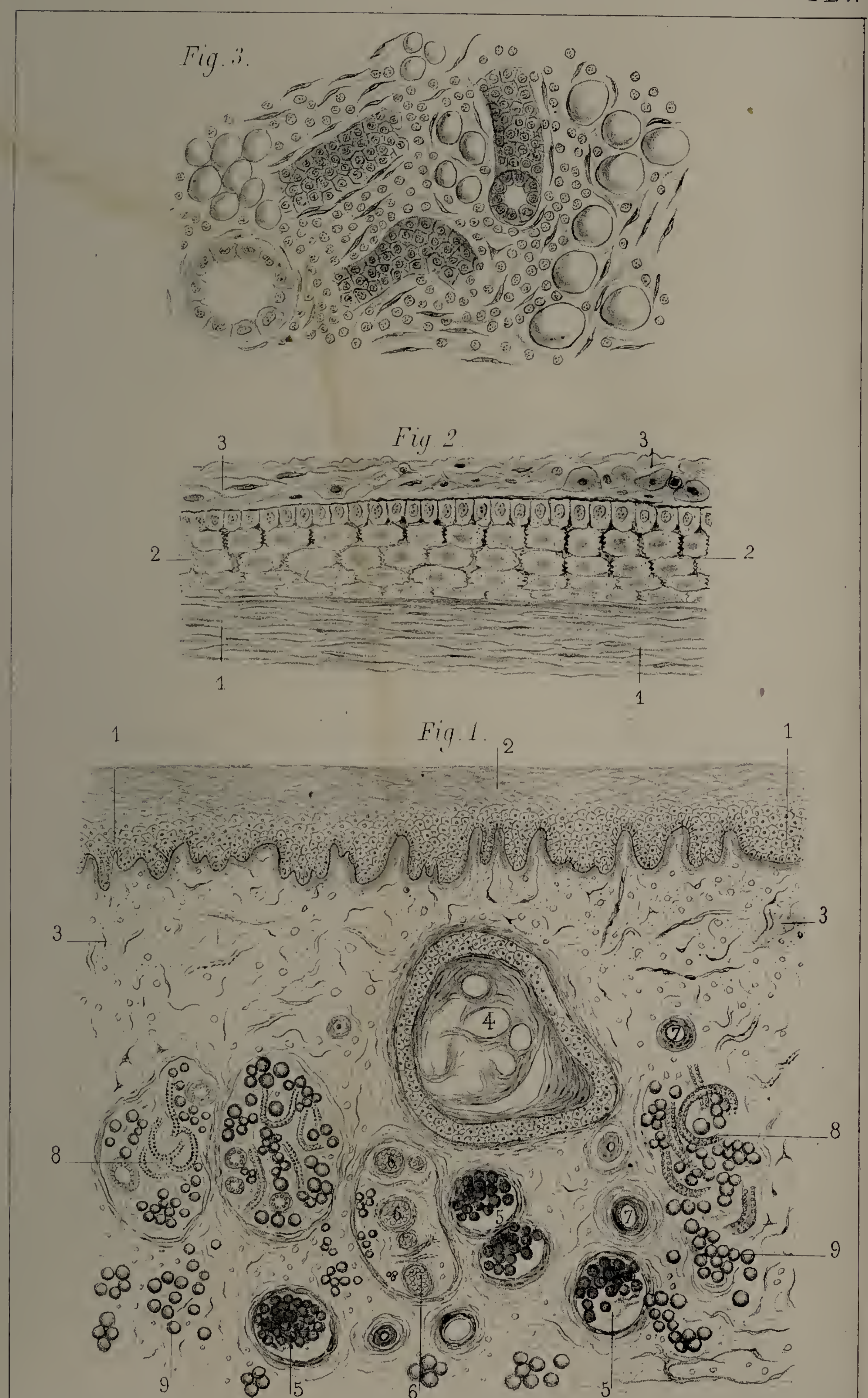
TUMEUR KYSTIQUE DE LA PULPE DU DOIGT

PL. IV



Demay ad.nat.del.

Karmanski lith



Demay ad.nat.del. Imp Lemercier & Cie Paris Karmanski lith

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

—

Ingrassias. — De tumoribus prater naturam, 1553.
Pelletan. — Lipome de la main. Clinique chirurgicale, 1810.
Marjolin et Blandin. — Cancer mélanique de la main. Journal hebdom. de médecine, 1829.
Behrends. — Production cornée de la main. Archives de médecine, 1827.
Tessier. — Tumeur encéphaloïde de l'index. Bull. Soc. anat., 1834.
Rognetta. — Tumeur médullaire de la main. Gazette médicale de Paris, 1834.
Lisfranc. — Tumeur fibreuse de l'éminence thénar. Gaz. des hôpitaux, 1836.
Nivet. — Tumeurs encéphaloïdes de la main. Bull. Soc. anat. 1837.
Steinhausen. — Production cornée de la main. Gaz. des hôpitaux, 1837.
Liston. — Intractable tumour of the hand. The Lancet 1837-38.
Signorani. — Fongus médullaire de la main. Gaz, des hopitaux, 1840.
Lisfranc. — Fongus hématode de la main. Id. 1840.
Jobert de Lamballe. — Cancer de la main. Id. 1843.
Denonvilliers. — Ulcère cancéreux d'un doigt. Bull. Soc. anat., 1843.
Robert. — Lipome. Annales de thérapeutique médicale etchir., 1844.
Notta. — Tumeur fibreuse vascularisée d'un espace interdigital. Bull. Soc. anat., 1847.
Huguier. — Carcinome de la main droite. Gaz. des hôp., 1850.
Jarjavay. — Cancroïde de la paume de la main. Gaz. des hôp., 1850.
John Fife. — Tumour of the hand. The Lancet, 1850.
Fergusson. — Cutaneous cancer of tho hand. The Lancet, 1850.
Robin. — Considérations sur les lésions des glandes sudoripares. Gaz. des hôp., 1852.
Foucher. — Tumeur érectile et graisseuse de l'index, 1852.
Follin. — Lipome du médius. Gaz. médicale de Paris, 1852.
Jarjavay. — Tumeur encéphaloïde de la main. Bull. Soc. anat., 1852.
Jobert de Lamballe. — Id. Union médicale, 1852.
Chassaignac. — Cancer de la main. Abeille médicale, 1852,
Demarquay. — Tumeur fibro-plastique de l'index. Bull. Soc. chir., 1853

Rombeau. — Tumeur fibreuse de la main. Bull. Soc. anat., 1853.
Szokalski. — Cancroïde de la main. Bull. Acad. médecine, 1853.
Verneuil. — Mémoire sur quelques maladies des glandes sudoripares. Archiv. générales de médecine, 1854.
Vermont. — Recherches pour servir à l'étude de quelques tumeurs des doigts. Thèse de Paris, 1855, nº 328.
Huguier. — Ostéo-sarcome du pouce. Bull. Soc. chir., 1855.
Houel. — Tumeur cornée du dos de la main. Bull. Soc. chir., 1855.
Monod. — Cancer mélanique du pouce. Gaz. des hôpitaux, 1855.
Volkmann. — Névrome faux de la paume de la main. Gaz. hebd., 1857,
Lebert. — Cancer pseudo-mélanique de la main. Anatomie pathologique générale et spéciale, t. I, p. 326, 1857. — Cancroïde papillaire des deux mains. Anat. path. gén. et spéc., t. I, p. 147, 1857.
Demarquay. — Cancer de la main. Union médicale, 1858.
Parmentier. — Tumeurs épithéliales de la main. Bull. Soc. anat., 1858.
Erichsen. — Epithelioma of the hand. The Lancet, 1859.
Broca. — Traité des tumeurs. T. II, p, 500 et suiv. — Tumeurs à myéloplaxes de la main droite. Bull. Soc. chir., 1860.
Huguier. — Cancroïde des glandes sudoripares. Bull. Soc. chir., 1860.
Chassaignac. — Lipome. Bull. Soc. chir., 1862.
Lawrence. — Cancroïd induration of the hand. The Lancet, 1863.
Velpeau. — Cancroïde du dos de la main. Gaz des hôpit., 1863.
Guérin. — Tumeur fibreuse du pouce droit. Bull. Soc. chir., 1864.
Bœckel. — Cancer épithélial du dos de la main. Gaz. des hôpit., 1865.
Sérailler. — Tumeur fibreuse de la main. Bull. Soc. anat., 1866.
Moriggia. — Production cornée de la main. Gazetta Medica di Torino, 1866.
Tillaux. — Névromes multiples faux. Thèse d'agrégation, 1866.
Boinet. — Lipome de la paume de la main. Gaz. des hôpit., 1866.
Spencer Watson. — Epithelioma of the hand. Medical Times, 1866.
Richet. — Fibro-lipome de la main. Gaz. des hôpit., 1867.
Trélat. — Lipome de la main. Bull. Soc. chir., 1868.
Sédillot. — Tumeur épidermique et cancéreuse de la main. Contributions à la chirurgie, 1868.
Demarquay. — Tumeur cancroïdale de la main. Gaz. des hôpit., 1869.
Pooley. — Cysto-sarcome de la main. Archives de médecine, 1870.
Robin. — Névrome papillaire vrai. Journal d'anat. et de physiol., 1870.
Vaslin. — Tumeur fibro-plastique d'un espace intermétacarpien. Bull. Soc. anat., 1870.
Polaillon. — Dictionnaire encyclopédique. Art. Main, 1871.
Heurtaux. — Productions cornées de la main. Dict. de méd. et de chirurgie pratiques. Art. Cornes, 1872.

Duménil. — Epithelioma du cinquième métacarpien. Bull. Soc. chir., 1872.

Bachon. — Fibro-névrome. Recueil des mémoires de méd. et de chir. militaires, 1873.

Monory. — Tumeurs solides des doigts. Thèse de Paris, 1878, n° 440.

Péan. — Sarcome de la première phalange du médius. Bull. Soc. anat. 1873.

Demarquay. — Fibro-lipome de la main. Bull. Soc, anat., 1873.

Berti. — Fibrome muqueux d'un doigt. Rev. des sciences médicales de Hayem, 1875.

Bergmann. — Sarcome alvéolaire de la main. Id. 1875.

Gillette. — De certaines tumeurs enkystées de la région palmaire. Gaz. des hôpit., 1875.

Rigaud (de Nancy). — Lipome de la paume. Revue médicale de l'Est. 1875.

Péan. — Fibrome du premier espace intermétacarpien. Leç. de clinique chirurgicale, 1876.

Monod. Fibrome vasculaire du doigt. Progrés médical, 1876.

Péan. — Fibrome du troisième espace intermétacarp. Leç. de clin. chir., 1876. — Fibrome de l'éminence thénar. Id. 1876.

Notta. — Tumeur fibreuse (?) de la main. Bull. Soc. chir., 1877, p. 664 et 704.

Cartaz — Cancroïde développé au doigt sur du psoriasis. Bull, Soc. anat., 1877.

Czerny. — Fibro-sarcome de la gaine tendineuse du quatrième doigt. Bull. Soc. chirurg., 1878.

Paquet (de Lille). — Sarcome fasciculé de la main. Bull. Soc. chir., 1878.

Gross (de Nancy). — Tumeur sarcomateuse de la main. Bull. Soc. chir., 1878.

Cosson. — Etude générale sur quelques tumeurs de la paume de la main et des doigts. Thèse de Paris, 1879, n° 59.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Appareils de la digestion.

Physiologie. — De l'effort.

Physique. — Induction par les courants ; appareils employés en médecine.

Chimie. — Préparation et propriétés des sulfures de calcium, de potassium, de fer, d'antimoine (kermès) et de mercure.

Histoire naturelle. — Des inflorescences ; comment les divise-t-on ? Quelle est leur valeur pour la détermination des genres et des espèces ?

Pathologie externe. — Des abcès du cou et de leur traitement.

Pathologie interne. — De l'hypertrophie du cœur.

Pathologie générale. — Du rôle des nerfs vaso-moteurs dans les maladies.

Anatomie et histologie pathologiques. — De la phlébite.

Médecine opératoire. — De la suture de l'intestin.

Pharmacologie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont les cantharides pour base.

Anatomie et histologie pathologiques. — De la phlébite.

Médecine opératoire. — De la suture intestinale.

Thérapeutique. — De la médication altérante et de ses principaux agents.

Hygiène. — De l'encombrement.

Médecine légale. — Rigidité cadavérique ; phénomènes de putréfaction modifiés suivant les milieux, les genres de morts, l'âge et diverses circonstances.

Accouchements. — De l'inertie utérine.

Vu par le Président de la thèse,
LABOULBÈNE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
A. GRÉARD.